


3 1761 11970923 6



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709236>

28
39
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 14

Wednesday, May 8, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 14

Le mercredi 8 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act

CONCERNANT:

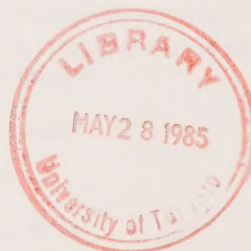
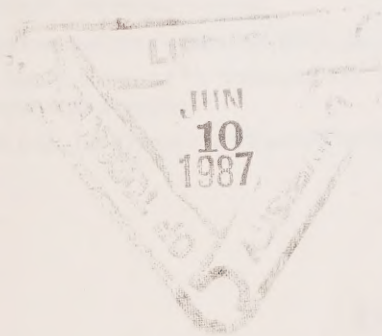
Projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MAY 8, 1985

(19)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:46 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Charles-Eugène Marin, Brian White, Neil Young.

Alternates present: Édouard Desrosiers, Tom Hockin.

Witnesses: From the National Advisory Council on Aging: Yhetta Gold, President; André Leblanc, Executive Director. *From the "Confédération des syndicats nationaux":* Michel Paquette, Researcher. *From the "Fédération de l'âge d'or du Québec":* Rose Aimée Leblanc, President; Yvon Ropers, Director General; Manuel Maître, Director of Communications; Maurice Fortin, Member of the Executive.

The Committee resumed consideration of Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act. (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Wednesday, April 24, 1985, Issue No. 12.*)

On Clause 1

Yhetta Gold, from the National Advisory Council on Aging, made a statement and answered questions.

Michel Paquette, from the "Confédération des syndicats nationaux", made a statement and answered questions.

Rose Aimée Leblanc, from the "Fédération de l'âge d'or du Québec", began a statement.

At 4:40 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 5:06 o'clock p.m., the sitting resumed.

The Committee resumed consideration of Bill C-26.

Rose Aimée Leblanc continued her statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 5:43 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 8 MAI 1985

(19)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 46, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Charles-Eugène Marin, Brian White, Neil Young.

Substituts présents: Édouard Desrosiers, Tom Hockin.

Témoins: Du Conseil consultatif national sur le troisième âge: Yhetta Gold, présidente; André Leblanc, directeur exécutif. *De la Confédération des syndicats nationaux:* Michel Paquette, chargé de recherche. *De la Fédération de l'âge d'or du Québec:* Rose Aimée Leblanc, présidente; Yvon Ropers, directeur général; Manuel Maître, directeur des communications; Maurice Fortin, membre de l'exécutif.

Le Comité reprend l'étude du projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mercredi 24 avril 1985, fascicule n° 12.*)

Article 1

Yhetta Gold, du Conseil consultatif national sur le troisième âge, fait une déclaration et répond aux questions.

Michel Paquette, de la Confédération des syndicats nationaux, fait une déclaration et répond aux questions.

Rose Aimée Leblanc, de la Fédération de l'âge d'or, amorce une déclaration.

A 16 h 40, le Comité interrompt les travaux.

A 17 h 06, le Comité reprend les travaux.

Le Comité poursuit l'étude du projet de loi C-26.

Rose Aimée Leblanc poursuit sa déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

A 17 h 43, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Wednesday, May 8, 1985

• 1545

The Chairman: Ladies and gentlemen, the Chair sees a quorum for the hearing of witnesses and the taking of evidence. We are resuming consideration of Bill C-26, an act to amend the Old Age Security Act, and we are on clause 1.

On clause 1

The Chairman: We have three sets of witnesses with us today. The first group is the National Advisory Council on Aging, represented by their President, Mrs. Yhetta Gold, and by Mr. Andre Leblanc, Executive Director. We welcome both of you here with us today and we look forward to your presentation. Should the members have questions, we will be glad to question after your presentation. Mrs. Gold.

Mrs. Yhetta Gold (President, National Advisory Council on Aging): I am pleased to be here today. As you know, we had written to you, Dr. Halliday, to make sure that our opinions would be heard in regard to this legislation, and we are anxious to be able to address the issue with you. I know that the National Advisory Council on Aging is well known to you. The council does function right out of Ottawa and our members represent older persons across Canada.

The council was established to be an adviser to the government, particularly to the Minister of National Health and Welfare, to provide information through our office to the senior community, and to solicit information from the senior community so we could bring opinions to the government along with senior organizations—certainly, in some instances on behalf, but primarily along with.

We are concerned that the current legislation reflects the opinions we expressed in the letter to you and we have requested, as you know, that there be a commitment made on the part of the government to provide similar benefits to all low-income individuals aged 60 to 64, similar to that which is currently being offered in the GIS payments along with the OAS to persons who are 65 and over.

We recognize that there are times of restraint. We recognize that the issues of income and economy have to be addressed, but we also recognize that the population is changing dramatically and drastically and that the commitment of the government to this, as a logical progression of support to low-income income persons who are 60 years of age and up, is something which must be initiated by the government as quickly as possible.

There are issues, of course, which are relative to this and are listed in our letter. We are concerned that Mr. Wilson has already indicated that he is concerned about scarce resources being delivered to those with greatest need, and we agree. He is concerned about the ability to find the resources to provide that, and we share this concern with him, though we have

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mercredi 8 mai 1985

Le président: Mesdames et messieurs, le président constate que nous avons le quorum; nous sommes suffisamment nombreux pour entendre les témoins. Nous reprenons l'étude du bill C-26, loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse; nous en sommes à l'article 1.

L'article 1

Le président: Nous avons aujourd'hui trois séries de témoins; le premier groupe, le Conseil consultatif national sur le troisième âge, est représenté par sa présidente, M^{me} Yhetta Gold et par M. André Leblanc, directeur exécutif. Nous leur souhaitons la bienvenue à tous deux et nous nous réjouissons d'entendre leur exposé. Madame Gold.

Mme Yhetta Gold (présidente, Conseil consultatif national sur le troisième âge): C'est un plaisir d'être ici aujourd'hui. Comme vous le savez, nous vous avons écrit, docteur Halliday, pour être certains qu'on écouterait nos opinions sur cette législation; nous nous faisons un plaisir d'aborder cette question avec vous aujourd'hui. Je sais que vous connaissez le Conseil consultatif national sur le troisième âge; le Conseil a son siège social ici même à Ottawa et représente des personnes âgées dans tout le Canada.

Le Conseil a été créé pour conseiller le gouvernement, en particulier le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, pour informer la communauté du troisième âge et pour recueillir des informations dans cette communauté pour les transmettre au gouvernement comme d'autres organismes qui représentent le troisième âge le font également.

Nous tenons à ce qu'on tienne compte des observations que nous avons faites dans notre lettre et nous voudrions voir le gouvernement accorder des prestations, comparables au supplément de revenu garanti et à la sécurité de la vieillesse, à toutes les personnes âgées de 60 à 64 ans.

Nous savons que nous traversons une période de restrictions; nous savons qu'il est impossible d'ignorer les contraintes budgétaires et les considérations économiques mais nous savons également que la population évolue très rapidement et que le gouvernement doit absolument s'engager le plus rapidement possible à soutenir les personnes à faible revenu de plus de 65 ans; c'est une progression logique.

Bien sûr, il y a d'autres considérations dont nous faisons état dans notre lettre. M. Wilson a déjà indiqué que les ressources étant limitées, il importait de les réserver à ceux qui en ont le plus besoin. Nous sommes d'accord. Il se demande s'il sera possible de trouver les ressources nécessaires et nous partageons cette préoccupation mais nous proposons également

[Texte]

suggested that through a variety of tax reforms money possibly could be found and allocated to address the needs of the old. We are concerned that there are so many—primarily women—between 60 and 65 who are in dramatic need, and we feel that the action in regard to their need would fall right into the description which Mr. Wilson gave of designated resources to those with maximum needs.

We have, as you know, in the last little while presented our opinions to a variety of the consultation committees, one of which is related to this issue, the charter and the Equal Rights Committee, in regard to no discrimination by age. We feel that does, of course, reflect our opinions in regard to how this issue should be handled.

• 1550

We know Canadians are concerned about the quality of life of older Canadians, and the council has taken a stand on almost every issue we have been able to identify with regard to that. We feel this issue is of prime importance. It addresses the ability to remain independent. It addresses the ability to continue to exist with dignity. It addresses the issue of being able to function in society. It addresses the issue of having choices. So we are very much in favour of the provision of the supplement, as it is now called, to those persons who are between 60 and 64 and who should be considered as those low-income individuals in Canada. I could stop here and answer questions.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Gold. We appreciate your bringing the views of the National Advisory Council on Aging to the committee's attention. We are now open for questions. I would move first to Mr. Young, if he has any questions to put.

We have three groups of witnesses today, and we should try to keep the discussion on each group, initially anyway, down to 20 minutes since you are a little bit behind. We might have some time at the end for general questions. Mr. Young, for five minutes.

Mr. Young: Thank you very much, Mrs. Gold, for appearing before the committee and for an excellent testimony. I am familiar with the National Advisory Council on Aging, primarily through the work the Council did in preparation for the World Assembly on Aging in Vienna, in which I was fortunate enough to be a participant from Canada.

I was particularly interested in the comments you made recognizing that much of the tune being sung around this place at present is of fiscal restraint and scarce financial resources. At the outset, I would like to say to you that both I and my party support this bill in so far as it goes. We are very concerned about the numbers of people who, however, are not covered by the bill's provision, and we hope to be able to persuade the government, by the time these committee hearings are completed, to include those individuals.

The one area we think the government could move on to find the resources is through a re-examination of the tax structure, especially in those areas where various tax credits are given to

[Traduction]

toute une série de réformes fiscales qui pourraient permettre de faire face aux besoins des personnes âgées. Il y en a tellement, surtout des femmes, qui ont de 60 à 65 ans et qui sont dans le besoin, qu'à notre avis, c'est la catégorie où les besoins sont les plus criants et à laquelle il importe de réserver les ressources, comme l'a expliqué M. Wilson.

Comme vous le savez, depuis quelque temps nous avons eu l'occasion de parler avec plusieurs comités consultatifs, en particulier celui qui s'occupe de la Charte et de l'égalité des droits et qui a un intérêt direct dans cette question puisqu'il s'agit de discrimination selon l'âge. Evidemment, cela nous ramène à notre position sur la façon de régler ce problème.

Nous savons que les Canadiens s'inquiètent pour la qualité de vie des plus âgés et le Conseil a pris position sur pratiquement tous les aspects de ce problème qu'il a pu déceler. Pour nous, c'est une question d'une grande importance. Il s'agit de la possibilité de rester indépendants, de la possibilité de continuer à exister dans la dignité, cela met en cause la possibilité de continuer à fonctionner dans la société, et de garder des choix. Nous sommes tout à fait en faveur du supplément, comme on l'appelle actuellement, à l'intention des personnes qui ont de 60 à 64 ans et qui doivent être considérées comme personnes à faible revenu. Maintenant, je vais répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, madame Gold. Nous sommes heureux que vous soyez venue nous parler de la position du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Nous allons maintenant commencer les questions. Je donne la parole à M. Young, s'il a des questions à poser.

Aujourd'hui, nous avons trois groupes de témoins, il faudrait donc limiter la discussion pour chaque groupe à 20 minutes, du moins pour commencer, car nous sommes déjà un peu en retard. Nous aurons peut-être du temps de reste à la fin pour des questions générales. Monsieur Young, cinq minutes.

M. Young: Merci beaucoup, madame Gold, pour être venue au Comité et pour cet excellent témoignage. Je connais bien le Conseil consultatif national sur le troisième âge, surtout parce que le Conseil a participé aux travaux préparatoires de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement qui s'est tenue à Vienne et à laquelle j'ai eu le privilège de participer au nom du Canada.

Les observations que vous avez faites m'ont particulièrement intéressé, surtout qu'en ce moment nous ne cessons d'entendre la même rengaine: restrictions fiscales et manque de crédits. Je tiens à vous dire dès le départ que mon parti et moi-même sommes en faveur de ce bill. Toutefois, le sort de tous ceux qui ne sont pas couverts par ce bill nous inquiète encore et avant la fin de ces audiences, nous espérons persuader le gouvernement d'inclure ces gens-là.

A notre avis, le gouvernement devrait pouvoir trouver des ressources en repensant la structure fiscale, surtout lorsque des gens à revenu élevé bénéficient de crédits d'impôt dont ceux

[Text]

people in the high-income brackets, which are not made available to individuals at the low end, such as RRSP's. It would seem to me that if an examination was to take place there, with a view to making the tax structure operate the way it should, which is to redistribute wealth, that is one means that could be undertaken.

I just wanted to let you know that. I do not know if you would like to expand on that idea or proposal a bit more from your point of view, but if you do and if you can it would be very much appreciated.

Mrs. Gold: I cannot expand about the tax service with great knowledge. I can say that we have reviewed the issues you have mentioned. The council, in its working committee on income, has taken careful consideration of the Income Tax Act and has in the past, and has just lately, recommended changes exactly as you have indicated, and that tax credits, the inequities of the system and the necessity for tax credits, be reviewed.

• 1555

What we had access to also, of course, were the papers being produced—a lot in the last little while—in regard to tax reform and the fact there are those who have said a tax reform would enable the government to accrue billions, millions—depending on which paper you read—which would then enable there to be a broadening in the way which we would like to see this program broadened.

What we see tax reforms facilitating is both in regard to helping the current old, enabling those who are poorest to have access to cash, and in regard to incentives to the future old so they will be encouraged to plan for their retirement and make use of incentives to ensure their independence as they age. So, yes, we do agree tax reform could address the issue.

Mr. Young: You may be interested in this figure. We had a witness before us yesterday who estimated that the amount of moneys in the tax expenditure account—that is, those moneys which could be collected but which are not for one reason or another—amounted to something like \$10 billion, which is a tremendous amount of money.

Mrs. Gold: Particularly when you look at the figures that indicate what it would cost in order to implement this program for all persons—couples, individual persons—between 60 and 64, and I believe Mr. Epp's figure was \$1.2 billion; it is a very small amount, looking at your figure as being a realistic figure.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Young.

Monsieur Desrosiers, vous avez cinq minutes.

M. Desrosiers: Merci monsieur le président, merci madame.

Je serai très bref puisque je dois quitter dans quelques minutes, malheureusement.

Concernant le projet de loi C-26, on est accusé présentement de faire de la discrimination en accordant la pension aux

[Translation]

qui se trouvent à l'autre bout de l'échelle ne peuvent pas profiter; je pense, entre autres, au Régime d'épargne-retraite enregistré. A mon sens, si l'on remettait en question tout ce secteur en cherchant à faire fonctionner la structure fiscale comme elle le devrait, puisqu'en principe elle doit servir à redistribuer les richesses, ce serait un moyen de trouver l'argent.

Ce sont de simples observations; je ne sais pas si vous voulez développer cette idée ou reprendre cette proposition de votre propre point de vue, mais si vous le pouvez, j'apprécierai beaucoup.

Mme Gold: Je ne peux pas tellement vous parler de la fiscalité, que je connais mal. Nous avons passé en revue les questions dont vous avez parlé. Le Conseil, par l'entremise de son Comité de travail sur le revenu, a étudié attentivement la Loi de l'impôt sur le revenu et vient de recommander des changements qui vont précisément dans le sens des changements dont vous venez de parler: réexamen des crédits d'impôt, des inégalités du système, etc.

Nous avons également eu l'occasion de consulter tous les documents qui ont été préparés, et depuis quelque temps il y en a eu beaucoup, au sujet de la réforme fiscale. Certains ont prétendu que la réforme fiscale permettrait au gouvernement de toucher des milliards, ou des millions, cela dépend des documents, ce qui permettrait d'élargir ce programme comme nous le souhaitons.

A notre avis, une réforme fiscale aiderait les vieux actuels, en permettant aux plus pauvres d'entre eux de toucher de l'argent comptant. Cela constituerait également un encouragement pour les Canadiens à planifier leur retraite future et à profiter des incitations fiscales pour assurer leur indépendance dans leur troisième âge. Effectivement, nous sommes d'accord, une réforme fiscale pourrait servir à résoudre le problème.

M. Young: Voici un chiffre qui pourrait vous intéresser: Hier nous avons eu un témoin qui estime que les comptes fiscaux non perçus, ceux qui pourraient l'être mais ne le sont pas pour une raison ou pour une autre, s'élèvent à environ 10 milliards de dollars; c'est une somme considérable.

Mme Gold: Surtout si l'on tient compte de ce qu'il en coûterait pour appliquer ce programme universellement: aux couples, aux personnes individuelles de 60 à 64 ans; je crois que le chiffre de M. Epp était de 1.2 milliard de dollars. C'est une toute petite somme, si l'on considère que le chiffre que vous citez est proche de la vérité.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Young.

Mr. Desrosiers, you have five minutes.

Mr. Desrosiers: Thank you, Mr. Chairman, thank you Madam.

I shall be very brief because I have to leave in a few minutes, I regret it.

Concerning Bill C-26, we are being accused of discriminating when we open the pension to divorced people and single

[Texte]

divorcés, aux célibataires, et si on refuse on fait encore de la discrimination. Je voudrais que vous nous donniez une explication parce que si, par exemple, on acceptait de donner la pension à cette catégorie de gens, on serait encore taxé de faire de la discrimination sur le dos des couples, et on inciterait aussi beaucoup de gens à divorcer dans le but d'obtenir deux pensions au lieu d'une.

Aujourd'hui, on aura l'occasion de recevoir une proposition présentée par la FADOQ et je pense qu'on devrait s'entendre pour examiner davantage cette proposition qui me semble tout à fait extraordinaire. Y aurait-il possibilité que vous projetiez donner la pension à 63 ans, à 64 ans, ou à 62 ans, à tous les Canadiens?

Mrs. Gold: I think what we have asked is that persons 60 and above, with low income—because this is a needs-tested payment—would be able to take advantage of this program. If it is presented in this particular way for persons who are married or had been married, which is what the current suggestion is, it should be equally available to those who are not married. That is our point. We all know there are persons who are in need between 60 and 65 who are likely not employable, who fit into the milieu of older persons rather than into the milieu of younger employables and whose natural socializing or living milieu would be with that older population, who are living in terrible want. We are saying we would like them to be able to have access, if their income is low, to this benefit the government is offering now to people who have been married. The discrimination should not be on either side. It should be an offer which is made to persons.

• 1600

M. Desrosiers: Vous savez que présentement, on laisse entendre à tous les citoyens canadiens que le projet de loi tel qu'il est libellé est discriminatoire. Y a-t-il possibilité de modifier ce projet de loi de façon à donner la pension à tous les Canadiens, à 64 ans par exemple, ou à 63 ans, afin que tous les Canadiens soient heureux? De cette façon, on va libérer beaucoup de gens qui vont prendre une retraite anticipée, et on va pouvoir faire travailler beaucoup plus de jeunes. Est-ce que vous avez pensé à améliorer la situation de nos personnes âgées de cette façon-là?

Mrs. Gold: I think we see this as a stop-gap resolution based on the fact the government has promised pension reform, and in the review of pension reform, we would have to address this whole issue. In the meanwhile, because pension reform is a very difficult, complex issue—and I agree with you on that—there are people in want. And if you are extending the GIS to help a small group, we are saying there is another group just as much in need which could benefit from this amount of money during the time the reforms are being put into place. So, no, I am not talking about forever. I am talking about until there is pension reform.

Le président: Merci, monsieur Desrosiers.

Monsieur Malépart, vous avez cinq minutes.

[Traduction]

people; but if we refuse, we are still discriminating. I am interested in your point of view. Because, for example, if we were to open the pension to this class of people, we would still be accused of discrimination against couples and people would start divorcing in order to get two pensions instead of one.

Today, we are going to be hearing from the FADOQ and we should agree to study very seriously their proposal, which to me, is quite extraordinary. Would you be willing to start the pension at 63 years of age, 64 or 62, to all Canadians?

Mme Gold: Nous demandons que les gens de 60 ans et plus, ceux qui ont un faible revenu—car c'est un versement selon les besoins—puissent profiter de ce programme. C'est un programme qui devrait être également ouvert à ceux qui sont mariés ou qui l'ont été, et à ceux qui ne le sont pas. Voilà notre position. Nous savons tous qu'il y a des gens qui sont dans le besoin entre 60 et 65 ans qui, selon toute probabilité, ne sont pas employables et qui se rapprochent plus du milieu des personnes âgées que de celui des gens qui sont plus jeunes et employables. Ils évoluent dans la partie la plus âgée de la société, ils vivent dans un dénuement terrible. S'ils sont de faible revenu, ils devraient bénéficier de ce versement que le gouvernement fait actuellement aux gens qui ont été mariés. Il ne devrait y avoir de discrimination ni dans un sens ni dans l'autre. Il s'agirait d'une offre faite à des personnes.

Mr. Desrosiers: As you know, Canadian citizens are being led to believe that the bill, as written, is discriminatory. Is it possible to amend this bill in order to grant pension benefits to all Canadians at 54 years of age, for example, or even at 53, in order to make all Canadians happy? This way, it would allow a lot of people to take early retirement, creating many more jobs for young people. Have you thought of improving the situation for our elderly people in this way?

Mme Gold: À notre avis, il s'agit d'une résolution bouchetrou. Le gouvernement a promis d'entreprendre une réforme des pensions et c'est dans ce cadre qu'il faudrait examiner toute cette question. Entre-temps, comme la réforme des pensions est un processus très difficile et très complexe—nous nous entendons là-dessus—il y a des gens dans le besoin. Et si vous avez l'intention de prolonger le supplément de revenu garanti pour aider un petit groupe, nous vous rappelons qu'il y a d'autres groupes qui sont tout autant dans le besoin et qui pourraient profiter de cet argent en attendant que les réformes soient mises en vigueur. Donc, je ne parle pas de le faire pour toujours, mais seulement jusqu'à ce qu'il y ait une réforme des pensions.

The Chairman: Thank you, Mr. Desrosiers.

Mr. Malépart, you have five minutes.

[Text]

M. Malépart: Merci, monsieur le président. Je m'excuse d'être arrivé en retard, mais j'étais occupé à déposer des pétitions à la Chambre. Il y avait des groupes de citoyens qui demandaient qu'on abolisse la discrimination dans l'actuel projet de loi C-26.

Je tiens à féliciter le groupe pour son intervention. Je pense que le ministère estime, et vous avez sûrement les chiffres pour le confirmer, qu'il y a environ 165,000 personnes seules, âgées de 60 à 64 ans, qui sont dans le besoin. Ceci se répartit de la façon suivante: il y a 85,000 veufs ou veuves, dont 72,000 femmes; il y a 37,000 personnes séparées ou divorcées, qui seront exclues si le projet de loi n'est pas modifié, dont 31,500 femmes; il y a enfin 43,000 personnes célibataires, dont 36,500 femmes.

Votre groupe serait-il d'accord que le gouvernement, dans un premier temps, pour répondre aux besoins les plus urgents—je suis d'accord avec vous qu'on est en retard dans la réforme des pensions—que le gouvernement, dis-je, décide dans un premier temps de venir en aide à toutes les personnes seules dans le besoin, sans tenir compte de leur état civil, pour ensuite s'occuper des couples dans un deuxième temps? Je pense que le gouvernement atteindrait ainsi cet objectif dont parlait mon collègue d'Hochelaga—Maisonneuve, à savoir étendre la pension aux gens de 60 ans.

J'aimerais avoir votre opinion à ce sujet. On a choisi le programme d'allocation au conjoint. On aurait pu tout simplement abaisser l'âge de la pension de vieillesse pour les personnes seules, mais tout le monde sait qu'il y a une différence d'argent. Le gouvernement a donc décidé d'épargner à ce chapitre aussi.

Je ne veux pas provoquer un débat, car la question est déjà assez compliquée. Quand je regarde le livre du gouvernement fédéral sur la sécurité et les pensions de vieillesse, je vois que lorsqu'on parle de la pension de vieillesse, on dit que c'est pour les pensionnés célibataires, veufs ou divorcés. En ce qui concerne la pension de base avec supplément de revenu, dans le dépliant, on tient compte des célibataires, des veufs et des divorcés. Il me semble qu'il aurait été normal que le gouvernement continue d'appliquer cette même logique au niveau de son allocation au conjoint plutôt que d'arrêter à mi-chemin et de faire de la discrimination à l'endroit de ces personnes.

• 1605

Mrs. Gold: I understand that there is a necessity for the government to make a decision about how one implements the changes, all of us agreeing that there have to be changes. I feel it is essential that the government establish a commitment to enact the changes, and that the design for implementation should be the next step. It is hard for me to sit here and say it is all right to give this to women and not to men—I mean, poverty is poverty. I find it very difficult to discriminate by sex or by age, but I can by income; and coming back to this through an income system, rather than a sex system or an age system, would seem to me the logical progression of implementation.

[Translation]

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman. I apologize for my tardiness, but I was busy submitting petitions in the House. Some citizens' groups were demanding that we abolish discrimination in Bill C-26.

I would like to congratulate the group for its presentation. I believe that the department has determined, and I am sure you have the numbers to confirm it, that there are about 165,000 single people, age between 50 and 64 years, who are in financial need. Of that number, there are 85,000 widowed and widowers, of which 72,000 are women; there are 37,000 separated or divorced people, who will be excluded if this bill is not amended, 31,500 of these people are women; finally, there are 43,000 single people, 36,500 of which are women.

In order to answer the most urgent need—and I agree with you that we are behind in pension reform—would your group accept, as a first step, a government decision to help all single people in need, without regard to their marital status, and later to help couples? I believe that, this way, government would reach its goal of extending pensions to people at 60 years of age as was mentioned by my colleague from Hochelaga—Maisonneuve.

I would like to have your ideas on the subject. Government chose the spousal allowance program. It could simply have lowered the pensionable age for single people, but everyone knows there is a difference in the amount paid. Government therefore decided to save in that regard also.

I do not wish to start a debate, because this question is already complicated enough. When I read the federal government's document on security and old age pensions, I note that, when old age pensions are mentioned, it is specified that they are for single, widowed, or divorced pensioners. As for the basic pension with income supplement, the brochure mentioned single, widows and divorced peoples. It would seem to me to be normal that government continue to apply the same logic for the spousal allowance, instead of stopping half way and discriminating against these people.

Mme Gold: Je comprends que le gouvernement doit prendre une décision sur la façon de mettre en vigueur les changements, car nous sommes tous d'accord que des changements sont nécessaires. J'estime qu'il est indispensable que le gouvernement s'engage à apporter ces changements, et que la prochaine étape soit l'adoption d'un plan pour la mise en oeuvre de ces changements. Il ne me serait pas facile de décréter qu'il est préférable de donner de l'argent aux femmes plutôt qu'aux hommes—après tout, la pauvreté n'a pas de sexe. Il m'est très difficile de faire de la discrimination sur le sexe ou sur l'âge, mais je n'hésite pas à faire de la discrimination fondée sur le revenu. Si le système était modifié pour tenir compte du revenu, plutôt que du sexe ou de l'âge, ce serait, à mon avis, une progression logique des changements à apporter.

[Texte]

M. Malépart: Une courte question, s'il vous plaît.

Le président: Allez-y.

M. Malépart: Je partage votre avis, et voici la question que je posais au gouvernement et je vous la pose. Je donnais l'exemple de trois citoyens de mon comté que j'ai appelé MM^{me} Leblanc, Lebrun et Legris. Toutes les trois avaient 62 ans; toutes les trois payaient le même prix pour leur loyer; toutes les trois recevaient 427\$ par mois du gouvernement du Québec comme pension, puis tout à coup le gouvernement dit à la première: vous, vous êtes veuve, vous faites la plus pitié, je vous donne l'allocation; à l'autre, vous êtes séparée, il fallait endurer votre mari; à la troisième, eh bien, vous n'êtes pas mariée, vous n'avez pas voulu vous marier, alors je vous pénalise, vous ne l'aurez pas. Est-ce que vous êtes de cet avis qui veut, qu'en termes de revenu, même si on n'a pas fait de discrimination puisque l'on a suivi l'état civil, de fait, malheureusement, on a fait de la discrimination?

Mrs. Gold: Yes, we agree with that.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart. Dr. Marin.

M. Marin: Madame Gold, je vous félicite d'être venue, et votre rapport était des plus intéressants. J'aurais une question très courte à poser, dans le sens, un peu, de ce qui a été discuté jusqu'à maintenant. Il est vrai de dire: pauvreté, c'est la pauvreté; et il n'est pas question de couleur, de race ou d'âge. À ce moment-là, la pauvreté, c'est la pauvreté.

En supposant que le gouvernement est d'accord avec votre demande et que nous donnons à 60 ans de l'aide à tous ceux qui en ont besoin, dans un plan de réforme éventuel qui pourrait venir l'an prochain ou dans deux ans, à quel âge diriez-vous que «les âgés sont âgés»? Est-ce que l'on va descendre en-dessous de 60 ans? Est-ce qu'on va dire maintenant que les âgés qui ont des besoins sont ceux de 55 ans et plus? À quel âge allons-nous, ou quand allons-nous arrêter? Est-ce que vous avez réfléchi à cela? Est-ce que votre groupe a réfléchi à cela?

Mrs. Gold: I think, in a social planning sense, we have all thought about it because we have a variety of systems in place, some of which overlap each other, such as those which deal with welfare or social allowance and then move into pensions. I am assuming that at the time the pension programs are reformed, regard will be given to the question you are asking. I think regard for employment as a factor, rather than age, is important in how you implement pension programs. I think some people will choose to retire on less at a younger age, and some will prefer to work until they are 79, while they are capable, and they should. As you know, we spoke against mandatory retirement and are very much in favour of flexible retirement. We see that also impacting on what happens in the pension programs.

I do not have a neat formula for the time pensions should come into being, but I do realistically know that pension programs are related to your input, your employability or your

[Traduction]

Mr. Malépart: I have a short question, if I may.

The Chairman: Go ahead.

Mr. Malépart: I agree with you. This is the question I asked government and which I am now asking you. I gave the example of three citizens in my riding which I will call Mrs. X, Mrs. Y, and Mrs. Z. All three of them are 62 years of age; all three pay the same rent; all three receive \$427 a month in Quebec Pension. Suddenly, the government tells Mrs. X: You are a widow and your situation is the most pitiful, therefore I will grant you an allowance. To Mrs. Y, it says: You are separated, you should have learned to tough it out with your husband. Mrs. Z hears: Well, you are not married, you never wanted to marry, you are therefore penalized, I will not grant you any allowance. Do you agree that, in terms of income, although no discrimination was perpetrated because marital status rules were followed, there still was, unfortunately, discrimination?

Mme Gold: Oui, nous sommes d'accord.

Le président: Merci, monsieur Malépart. Monsieur Marin.

Mr. Marin: Mrs. Gold, I would like to congratulate you for having come here today, and for presenting your most interesting brief. I have a very short question to ask partially related to what was discussed so far. It is true, poverty is poverty notwithstanding colour, race or age. Poverty is poverty, no matter what.

Supposing government accepts your suggestion and grants aid to people in need from age 60, in a reform program which could come about in one or two years. At what age would you say that people are "old"? Should we go below 60 years? Are we now going to say that elderly people who are in financial need are those 55 years of age and older? Where is it going to stop, where should we stop? Have you thought about this at all? Has your group thought about this?

Mme Gold: Je pense que dans le contexte de la planification sociale, nous y avons tous réfléchi parce qu'il y a divers systèmes en vigueur, dont certains se recoupent, par exemple les systèmes de bien-être ou d'allocations sociales qui se transforment en pensions. Je suppose que, lorsque les programmes de pensions seront réformés, le gouvernement tiendra compte de la question que vous avez posée. Je pense que l'importance accordée au facteur emploi, plutôt qu'au facteur âge, influera sur la mise en vigueur des programmes de pensions. Je pense que certaines personnes décideront de prendre leur retraite à un plus jeune âge et avec des prestations inférieures, tandis que d'autres choisiront de travailler jusqu'à 79 ans, tant qu'elles le pourront, et à mon avis, elles devraient pouvoir le faire. Comme vous le savez, nous nous sommes prononcés contre la retraite obligatoire et nous sommes très en faveur d'un âge variable de retraite. Cela aura également des répercussions sur les régimes de pensions.

Je n'ai pas de solution toute faite pour le moment d'entrée en vigueur des pensions, mais étant réaliste, je sais que les régimes de pensions sont liés à la contribution de l'intéressé, à

[Text]

employment. Therefore, the plan will have to take that into consideration.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Gold and Dr. Marin. Are there further questions of our witnesses? Mr. Young.

• 1610

Mr. Young: You seem to be developing an argument that if we followed it through . . . Are you suggesting that perhaps one way to do it is through a guaranteed annual income?

Mrs. Gold: I can only speak on behalf of the council, and the council has not accepted that position. The council wishes to spend more time looking at pension reform and is, but this opportunity came and we had to come forward immediately. They feel that there has to be a review of that before they will talk about a guaranteed income.

The Chairman: Thank you, Mrs. Gold. Are there any further questions? If not, on behalf of the committee, may I thank you and Mr. Leblanc for being with us today. It is possible, after we hear the next two sets of witnesses, that there might be some general questions which come to mind, if you wish to stay.

Mrs. Gold: I would certainly like to. I appreciate your having us and I appreciate the opportunity to express our opinions to you. Thank you for having us.

The Chairman: Thank you for being here. I will now call upon the *Confédération des syndicats nationaux*, represented by Mr. Michel Paquette. Mr. Paquette, please come forward and present the brief you may have for us on this subject of pensions. We will follow with questions.

M. Michel Paquette (researcher, Confédération des syndicats nationaux): Merci, monsieur le président, messieurs les députés.

Nos remarques sur le projet de loi C-26 modifiant la Loi de la sécurité de la vieillesse sont de trois ordres: en premier lieu sur la question de l'âge de la retraite, ensuite sur la question de programmes sélectifs ou universels et enfin sur la question de la discrimination.

L'AGE DE LA RETRAITE. Elargir les possibilités de toucher à des bénéfices de retraite avant l'âge de 65 ans—et tel est l'objectif du projet de loi C-26—représente pour nous un objectif d'importance.

Ce besoin de pouvoir se retirer du marché du travail avant 65 ans est ressenti par un grand nombre de travailleurs et de travailleuses. La conjoncture économique que nous connaissons, et particulièrement le taux de chômage, commande que soient pris tous les moyens disponibles pour donner place à ces chômeurs et chômeuses. Cela n'implique surtout pas des pressions, à notre avis indues, sur les travailleurs âgés pour qu'ils se retirent; cela implique de donner la possibilité de se retirer à ceux qui le souhaitent.

L'allocation au conjoint représente un des efforts au niveau fédéral pour soutenir les retraités qui n'ont pas atteint 65 ans. Je dis un des efforts, il y a la loi C-78, la Loi d'adaptation des

[Translation]

sa capacité de travailler ou à son emploi. Le régime doit donc tenir compte de ces éléments.

Le président: Merci beaucoup madame Gold et monsieur Marin. Y aurait-il d'autres questions? Monsieur Young.

M. Young: L'argument que vous soulevez me porte à croire que vous êtes en train de dire qu'il faudra peut-être songer à offrir un revenu annuel garanti. Vous ai-je bien compris?

Mme Gold: Je ne puis parler qu'au nom du conseil, et je dois vous dire qu'il n'a pas adopté cette position. Le conseil préfère passer plus de temps à examiner la question de la réforme des pensions, ce qu'il fait à l'heure actuelle, mais cette possibilité s'est offerte à nous, et nous avons choisi de l'accepter immédiatement. Le conseil est d'avis qu'il doit y avoir une réforme des pensions avant de parler d'un revenu garanti.

Le président: Merci, madame Gold. Y aurait-il d'autres questions? Et bien, comme il n'y en a pas, au nom du Comité, je vous remercie, madame Gold et monsieur Leblanc, d'être venus aujourd'hui. Il est possible, après que nous ayons entendu les deux prochains groupes de témoins, que nous ayons d'autres questions générales à vous poser, si vous voulez rester.

Mme Gold: Je resterai avec plaisir. Je vous remercie de nous avoir reçus et de nous avoir donné l'occasion de vous faire connaître nos idées. Merci.

Le président: Merci d'être venus. J'invite maintenant la Confédération des syndicats nationaux, représentée par M. Michel Paquette, à prendre place et à nous présenter son mémoire au sujet des pensions. Ensuite, nous passerons aux questions.

Mr. Michel Paquette (Researcher, Confédération des syndicats nationaux): Thank you, Mr. Chairman, and members of the committee.

Our comments on Bill C-26, an Act to Amend the Old Age Security Act, are divided into three parts: First, the Age of Retirement issue, second, the Question of Selective or Universal Programs, and third, the Question of Discrimination.

AGE OF RETIREMENT. One of our main goals is to extend the possibility of collecting retirement benefits before age 65—this being the objective of Bill C-26.

A great number of workers, both men and women, feel the need to retire from the workplace before age 65. The economic situation as we know it, and particularly the unemployment rate, underscore the need that all means possible be taken to provide jobs for all these unemployed men and women. This certainly does not imply putting undue pressure on aging workers to force them to retire; it simply means offering to those who wish it the possibility of retiring.

The Spousal Allowance is one of the efforts made by the federal government to help retired people who have not yet reached 65 years of age. If I say one of the efforts, it is because

[Texte]

travailleurs qui s'applique entre autres au secteur du textile, du vêtement, de la chaussure et du tannage. Nous sommes donc d'accord avec l'orientation d'élargir l'admissibilité à ce programme. Nous émettons cependant des réserves sur la structure même de ce programme ainsi que sur les propositions formulées dans le projet de loi C-26.

SELECTIF OU UNIVERSEL. Nous avons eu l'occasion récemment, conjointement avec d'autres organismes, de nous prononcer ici même pour le renforcement du caractère universel des programmes fédéraux de retraite de soutien aux familles ayant des enfants.

En ce qui concerne les programmes fédéraux de retraite nos recommandations sont à l'effet d'augmenter la prestation universelle plutôt que la prestation sélective.

Le programme d'allocation au conjoint est sélectif à deux titres, il l'est d'abord au titre de l'état civil et ensuite au titre des revenus.

• 1615

Il n'y a que des «conjoints» qui y ont accès et ce en autant que les revenus du couple n'excèdent pas un certain niveau.

Nous sommes bien conscients du mieux-être que peut procurer ce programme à un grand nombre de personnes mais vous comprendrez que nous n'adhérons pas aux principes sur lesquels s'appuie ce programme.

Ce programme a déjà pour effet de diviser les gens par catégories, les conjoints d'un côté et de l'autre côté les veufs(ves), séparés(es), divorcé(es) et célibataires de l'autre côté. De plus, le mode de détermination du montant auquel ils ont droit est incompréhensible pour la grande partie des gens et enfin ce type de programme nécessite conséquemment une machine administrative plus lourde.

Le projet de loi se propose d'agir sur un aspect de la sélectivité du programme, celui de l'état civil. Il permettrait à l'avenir aux veufs et aux veuves d'avoir accès au programme d'allocation au conjoint.

Le projet de loi maintient donc la discrimination en vertu de l'état civil et d'une certaine façon même l'accentue. Cela parce que désormais des personnes seules auront accès à l'allocation mais pas toutes. Deux personnes qui vivent exactement dans les mêmes conditions ne seront pas traitées de la même façon.

Nous croyons donc que le projet de loi doit être modifié pour permettre à toute personne seule d'avoir accès à cette allocation qui doit être ainsi rebaptisée allocation de pré-retraite.

Nous souhaitons de plus que le gouvernement fédéral s'engage dans la voie de l'universalisation du droit à cette allocation.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Paquette. Monsieur Malépart, vous avez cinq minutes pour commencer.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

there is Bill C-78, *la Loi d'adaptation des travailleurs*, which applies, among others, to the textile, clothing, shoes and tanning sectors. We therefore agree with the principle of extending eligibility for this program. However, we have some reservations about the structure of this program as well as some of the proposals contained in Bill C-26.

SELECTIVE OR UNIVERSAL PROGRAMS. Recently, we had the opportunity, with other organizations, to declare ourselves in favour of reinforcing the universal character of federal retirement support programs for families with children.

As for federal retirement programs, we recommend raising universal benefits rather than selective ones.

The Spousal Allowance Program is selective in two ways, first concerning marital status, and second concerning income.

The spousal allowance program is selected for two reasons, first, as it depends on the marital status and, second, as it is also based on income. Only spouses can get those allowances, provided their joint incomes do not exceed a certain level.

We are well aware of the benefits which a great number of people derive from this program, however, we do not approve of the principles upon which it is based.

In the first place this program divides the population into two categories, on the one hand, spouses and on the other people who are widowed, separated, divorced or single. Furthermore, the way in which the amount to which they are entitled is calculated is incomprehensible to most people and, last, but not least, this type of program requires a very heavy administrative machine.

The bill proposes to change one of the selection criteria of this program, namely, the marital status. Under this bill, widows and widowers would be entitled to the program of spousal allowances.

The bill, therefore, maintains discrimination based on marital status and even reinforces it to a certain extent, because under its provisions, some but not all single persons would be entitled to this allowance. This means that two persons living in identical circumstances would not be treated equally.

We feel, therefore, that the bill should be amended so as to make all single people eligible to this allowance which would be known under the title of Early Retirement Allowance.

We also hope that the federal government will work towards making this allowance universal.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Paquette. Mr. Malépart, you have five minutes.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

[Text]

Tout d'abord, je tiens à féliciter le représentant de la CSN qui joue un rôle très important au Québec, non seulement auprès de ses membres, travailleurs et travailleuses, mais aussi pour leur forte participation à la réalisation d'une coalition lorsque le gouvernement avait annoncé, autant au fédéral qu'au provincial, des coupures dans l'universalité des programmes sociaux.

Tout d'abord, je tiens à le féliciter pour son mémoire et je pense que comme presque tous les groupes et les gens présents, nous admettons qu'il y a discrimination dans le projet de loi C-26, à l'endroit des individus.

Par contre, j'aimerais savoir de votre groupe—souvent le gouvernement nous dit, c'est manque d'argent, manque de fonds, et dernièrement nous apprenions, par le ministre du Revenu, qu'il y avait au Canada plusieurs personnes, dont de hauts salariés dont le revenu était de 100,000\$ et plus qui réussissaient, de façon légale, en utilisant tous les abris fiscaux possibles, à ne pas payer un cent d'impôt. Je sais qu'on évaluait à environ près de 5,000 personnes qui, en 1982, gagnaient 50,000\$ et plus et qui ont réussi à ne pas payer un cent d'impôt. Si on avait les chiffres des gens qui gagnent 50,000\$, 100,000\$, 250,000\$, qui paient seulement 100\$ d'impôt, on le verrait, j'en suis persuadé. Votre groupe serait-il d'accord avec une recommandation selon laquelle le gouvernement puisse imposer un minimum de taxe pour les plus hauts salariés, et ce pour empêcher l'abus des abris fiscaux, et que ces sommes d'argent servent pour empêcher que le projet de loi fasse de la discrimination et réponde aux besoins de toutes les personnes seules, âgées de 60 à 64 ans?

M. Paquette: Oui.

Vous vous imaginez bien qu'une centrale syndicale serait favorable, à 200 p. 100, à une telle mesure. Pour nous, c'est carrément un principe d'équité, de justice, et de répartition des revenus, comme le fait globalement, ou doit le faire, la Loi sur l'impôt. C'est souvent le même principe.

M. Malépart: Dans un autre ordre d'idées, monsieur...

M. Paquette: Excusez-moi. Au niveau des sources de financement, il nous semble, après avoir lu un peu le rapport ou les comptes rendus des débats que vous avez pu avoir en comité, il nous semble donc, au sujet de l'allusion au manque de fonds, si on reprend l'ensemble des propositions ou des commentaires qu'on a pu faire sur le budget du gouvernement, qu'il y a certainement lieu de regarder du côté de la Défense nationale, pour certaines coupures et de donner cet argent à des citoyens vraiment dans le besoin; et je ne sais pas si vous seriez d'accord à ce moment-là, mais aussi du côté des subventions aux entreprises. On peut accorder des subventions aux individus qui sont dans le besoin plutôt qu'à des entreprises qui sont, habituellement, beaucoup moins dans le besoin.

• 1620

M. Malépart: Je pense qu'à ce sujet nous partageons votre avis. Je crois qu'il aurait été plus profitable d'affecter 56 millions de dollars pour aider les personnes âgées dans le besoin que changer la couleur des uniformes de nos militaires.

[Translation]

I want, first of all, to congratulate the representative of CSN which plays a very important role in Quebec, not only among its members, but also in setting up a broad coalition in response to the threat of reducing the universality of social programs, both at the federal and provincial levels.

You have presented us with an excellent brief, and we agree with practically everybody here that individuals are being discriminated against in Bill C-26.

While the government is claiming that it is short of funds, we have learned not so long ago from the Minister of Revenue himself, that a number of people earning more than \$100,000 per year had not paid any income tax whatsoever by using perfectly legal tax shelters. In 1982, there were about 5,000 people earning \$50,000 and more who had not paid one cent of income tax. I am sure there must be today people earning \$50,000, \$100,000 or \$250,000 and who still pay only \$100 income tax. Would your group approve of a recommendation urging the government to implement such a minimum income tax on the highest wage earners in order to prevent the abuse of tax shelters, the money thus saved being used to eliminate this discrimination from the bill and meet the needs of all single persons aged 60 to 64?

Mr. Paquette: Yes.

I do not have to tell you that our union would be 200% in favour of such a proposal. We feel it is a matter of equity and justice and of better distribution of income which is the purpose of the income tax law.

Mr. Malépart: On another question, Mr. Chairman...

Mr. Paquette: Having read the minutes of your previous meetings and in view of the proposals and comments regarding the federal budget and the lack of funds, one possibility would be to cut the budget of National Defence and to use the money thus saved to help those Canadians who really need it; you might not agree with me, but I think some money could be saved in grants to private industry. We should start by helping individuals who are in need rather than corporations which most of the time are doing quite well.

Mr. Malépart: I would tend to agree with you. It would have been better to use the \$56 million appropriated for new military uniforms to help needy senior citizens.

[Texte]

Dans un autre ordre d'idées j'aimerais, comme plusieurs groupes le font, parler de ce qu'on appelle la préretraite. Je pense que vous mentionnez aussi que le projet de loi s'appelle *la préretraite*.

J'ai vécu une expérience dans mon comté dont le taux de chômage... Il y a des jeunes qui sont diplômés, qualifiés, qui ne peuvent pas se trouver d'emploi et dans un certain nombre d'entreprises, des personnes âgées seraient prêtes à prendre leur retraite, parfois pour des raisons de santé. Est-ce que vous avez rencontré, dans les entreprises, des personnes qui disent: «Moi, si j'avais une retraite descente, maintenant que j'ai travaillé pendant 30 ans, je suis prêt à vivre, à prendre ma retraite, libérer automatiquement des emplois pour que lui, à son tour, profite de la vie»?

Est-ce que vous avez le sentiment, vous qui êtes en contact avec plusieurs entreprises au Québec, que les employés sont prêts à cela maintenant.

M. Paquette: Oui, énormément, et pas seulement dans les secteurs qu'on pourrait appeler «mous», mais même dans les secteurs carrément «durs», à haute technologie. C'est quand même fonction de l'existence ou pas d'un régime de retraite privé à l'intérieur de l'entreprise. Pour les travailleurs et les travailleuses qui n'en ont pas, il reste que c'est carrément la pension de vieillesse ou les épargnes généralement très modestes qu'ils ont pu accumuler qui peuvent leur assurer une certaine sécurité de revenu à un certain âge. Or pour plusieurs d'entre elles et d'entre eux il n'y a aucune possibilité de prendre une préretraite sauf que la volonté est clairement exprimée de ce côté-là.

D'ailleurs à ce sujet, je pense qu'il y a peut-être une coordination à faire au niveau de programmes qui existent tant au fédéral qu'au provincial. On a fait allusion tout à l'heure à un autre programme de préretraite, soit le Programme d'adaptation des travailleurs. Il s'applique uniquement, à l'heure actuelle, à des secteurs désignés de façon nationale: le textile, le vêtement, la chaussure. C'est le seul, à ma connaissance, qui soit étendu à travers le Canada et à certaines régions ou secteurs désignés de façon temporaire. Sauf, qu'il nous semble qu'il devrait être étendu pour en faire en quelque sorte un programme assez universel de préretraite. Il nous semble que ce serait là une approche, même pour la création d'emplois nouveaux, et qu'il vaudrait la peine de regarder.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Malépart.

I think we will have time for a second round later. Mr. White.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman. First of all I would like to welcome you to the committee hearing today, sir. I hear people getting into areas of defence expenditures and the costs of uniforms, and I want everyone to know it is taking incredible restraint on my part to go back to some of the incredible waste in the past administrations. But I will not get into that because I think we would be here for a week if we started talking about defence expenditures.

[Traduction]

I would now like to say a few words about early retirement. You said yourself that this bill deals with early retirement.

Unemployment in my riding is very high. On the one hand young graduates cannot find jobs while on the other a number of older people would be willing to retire for health reasons. I suppose you must have heard about people working in various companies who would be willing to retire after 30 years of work, provided they had a decent pension, which would make jobs available for younger people.

Since you are in contact with a great number of businesses and companies in Quebec, would you not say that some employees at least would be willing to accept early retirement?

Mr. Paquette: Yes, a great number would, and not only in the soft sectors but also in the hard high tech sectors. It all depends on whether a given company has or does not have a private pension plan. For the men and women who do not have access to a private pension plan, all they can look forward to when they retire is the Canada Pension Plan as well as their own modest savings set aside in order to secure a certain income in their old age. Under these circumstances, it is impossible for a great number of these men and women to accept early retirement, even if they wanted to.

Existing programs, both federal and provincial, should be coordinated. The ELAP program was mentioned earlier. This program applies only to a number of nationally designated sectors, the textile clothing and footwear industries. It is the only program to my knowledge which applies throughout Canada to a number of temporarily designated areas of sectors. I feel that it should be extended so as to become a universal, early retirement program. It could also serve as a job-creation program.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart.

Il y aura sans doute un second tour plus tard. Monsieur White.

M. White: Merci monsieur le président. Je voudrais tout d'abord saluer nos témoins. Il a déjà été question des crédits affectés à la Défense nationale et des coûts des uniformes et je puis vous assurer que je dois faire un gros effort sur moi-même pour ne pas évoquer la gabegie incroyable de la précédente administration. Mais je m'en garderais bien car si nous nous lançons dans les crédits de la défense, nous n'en finirons jamais.

[Text]

I want to emphasize that there are limited resources. That is a fact of life and a fact we have to face. We still have not found the money tree, so we have to get the money available to those in greatest need. After all, Bill C-26 is an extension of spouses allowance, and the figures show that of people being targeted in this particular program close to 61% are going to be eligible for payments of some kind. So I feel that what the government has to do is to target these funds to people of greatest need. We talked about a complete pension at age 60. That is an admirable goal, but we have to be realists. I would like to hear your opinion on this, sir.

M. Paquette: Oui, bien sûr. Je pense que tout tourne autour d'une question de fonds. Mais à ce moment-là, effectivement, ça m'amène forcément à déborder sur l'ensemble du budget, sur les autres dépenses. Il faut bien prendre l'argent là où il se trouve. C'est pour cela que je faisais allusion à la Défense nationale. Il est sûr qu'une centrale syndicale est estomaquée, que ce soit le gouvernement libéral ou conservateur au pouvoir, par les sommes inqualifiables de gaspillage, au niveau de la Défense nationale. Ces sommes nous semblent énormes et il y a un effort beaucoup trop considérable pour les besoins de sécurité des citoyens et des citoyennes du Canada.

• 1625

Or, il est sûr que prendre ces sommes d'argent dans le budget de la Défense nationale ou, comme je l'ai dit, dans les subventions faites aux entreprises par une multitude de programmes, nous semble nettement plus avantageux et plus respectueux des principes d'équité et de justice qui doivent prévaloir. Il nous semble beaucoup plus important, primordial, prioritaire, que ces montants soient affectés aux personnes dans le besoin plutôt que d'être affectés à des entreprises, soit-disant pour créer des emplois. Il ne faut pas oublier que très souvent les personnes qui sont dans le besoin et qui pourraient bénéficier—il ne s'agit pas d'une forte proportion—de la Loi C-26, si elles en sont exclues parce qu'elles sont séparées ou veuves, il est sûr que ces sommes-là ne peuvent être prises ailleurs que dans les subventions aux entreprises. Ou bien on affecte ses sommes dans un élargissement de la Loi C-26 ou bien on les donne aux entreprises. Et peut-être que les personnes recevant ces allocations se retireraient du marché du travail, laissant la place libre à d'autres. Je veux dire qu'au niveau de la création d'emplois, l'impact pourrait être aussi fort en élargissant la portée de la loi C-26 qu'en accordant des subventions aux entreprises.

The Chairman: Thank you, Mr. Paquette.

I will make an announcement here for the benefit of the committee. I just received word that we are voting in the House in 15 minutes. We will have to make a quick decision about what we are going to do for the rest of this meeting. But, Mr. Young, you may carry on.

Mr. Young: Well, I was going to take this opportunity to launch into my usual speech about governments establishing proper priorities, and I think I will.

I appreciated your comment and, first of all, welcome to the committee.

[Translation]

Le fait que nos moyens financiers sont limités est incontournable. Comme nous n'avons toujours pas trouvé la poule aux oeufs d'or, il va falloir continuer à distribuer l'argent à ceux qui en ont le plus besoin. Le Bill C-26 est une expansion de l'allocation au conjoint car d'après les chiffres, 61 p. 100 des personnes ciblées seront admissibles. Le gouvernement doit veiller à attribuer cet argent à ceux qui en ont le plus besoin. Il a été question d'accorder des pensions de retraite complètes à partir de 60 ans, ce qui serait formidable mais il faut quand même être réaliste. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

Mr. Paquette: It is all a matter of funding. But in order to answer your question, we have to look at the overall spending program. We have to take money where it is available and that is why I mentioned National Defence. Any union would, of course, be scandalized by the huge amounts of money wasted on National Defence whether it be by a Liberal or Conservative government. Far too much money is being allocated to the national security needs of Canadians.

It would be wiser and more in keeping with the principles of equity and justice to take some of the money allocated to National Defence and grants to private corporations and use it for this purpose. It would be far better to give this money to needy persons rather than distribute it to corporations supposedly to create jobs. We must remember that the small number of people who will not be eligible under Bill C-26 because they are separated or widowed could get the money if it were taken from the grants to private enterprise, which is the only place where the money can be found. Either these funds are appropriated to an extended Bill C-26 or they are given to the private sector. Among the people who would be receiving this allowance, a certain number would probably decide to leave the labour market, thus making jobs available for others. Thus, as far as job creation is concerned, broadening the scope of Bill C-26 might have just as great an impact as grants to industry.

Le président: Merci monsieur Paquette.

On vient de me faire savoir qu'un vote aura lieu à la Chambre d'ici un quart d'heure. Il faudra donc décider ce que nous comptons faire. Vous avez la parole, monsieur Young.

M. Young: J'allais justement y aller de ma déclaration habituelle sur la nécessité pour le gouvernement d'établir un ordre de priorité.

Je vais commencer par saluer nos témoins.

[Texte]

When you consider that globally governments spend something like \$1 million per minute on armaments and defence, and on weapons of destruction, it seems to me that it is time our whole priorities changed. We should start doing things to help people rather than to harm them. When you consider that 10%, probably in excess of 10%, of the federal budget is spent on armaments and defence, it would seem to me there are areas where, if there was a political will, we could find the money for socially beneficial purposes rather than destructive ones.

I want, at the same time—I see Mrs. Gold is still here—to apologize to her somewhat. I had not received the brief prior to their appearance as witnesses, so I was not aware that the argument had been made in the brief for taking a hard look at the tax expenditure account. In fact, I find myself in uncomfortable but nonetheless good company when I look at the brief presented by Mrs. Gold, because she refers to a quote from the Business Council on National Issues, where they make exactly the same argument. They deplore the amount of moneys that are not collected by the government in the tax expenditure account. It seems that is a point we have to keep emphasizing during these hearings.

I do not know if you want to comment on that, Mr. Chairman. I would not want to pursue the questioning any more, because we do have other witnesses that did travel to appear before this committee, and it seems the important thing would be to allow them to at least make their presentation.

The Chairman: Mr. Paquette.

• 1630

M. Paquette: Finalement, cela rejoint un peu ce que je disais concernant les dépenses affectées à la Défense nationale. Pour nous, c'est d'autant plus étrange que toute somme affectée à la Défense nationale crée moins d'emplois—selon une étude américaine du ministère du Travail, *Department of Labour*—qu'une somme affectée, entre autres, à l'éducation, à la santé ou aux affaires sociales. Justement, notre proposition c'est d'affecter carrément une bonne portion des sommes consacrées à la Défense nationale, aux affaires sociales.

Mr. Young: Thank you.

The Chairman: On that point of order, perhaps the chairman might suggest that for logistical reasons it might be advantageous to us to have our next set of witnesses commence their presentation. We will have to suspend the hearing briefly for 15 or 20 minutes perhaps, but assuming it is not long, we could come back and hear the balance of it, but there are good reasons why we should probably at least start the next witnesses.

Merci bien, Mr. Paquette. Thank you for coming. We appreciated your testimony.

This next group is *La Fédération de l'âge d'or du Québec*. Welcome, President Rose Aimée Leblanc. Would you care to introduce your colleagues please, Mrs. Leblanc.

[Traduction]

Lorsqu'on pense que les gouvernements consacrent environ un million de dollars par minute aux armes de destruction, il est tout à fait évident qu'il est plus que temps de changer notre ordre de priorité. Il faudrait commencer par les mesures susceptibles d'aider les gens plutôt que de les tuer. Compte tenu du fait que plus de 10 p. 100 du budget fédéral est destiné aux armes et à la défense, on devrait pouvoir, à condition bien entendu de le vouloir, trouver suffisamment d'argent pour des causes d'intérêt public plutôt que pour la destruction.

Je voudrais par ailleurs m'excuser auprès de M^{me} Gold. Comme je n'avais pas reçu son mémoire à l'avance, je ne savais pas qu'elle préconisait justement qu'on commence par examiner les diverses dépenses budgétaires. Je me retrouve d'ailleurs en bonne compagnie car selon M^{me} Gold, le *Business Council on National Issues* avance les mêmes arguments, notamment en ce qui concerne les montants importants qui n'ont pas été prélevés par le gouvernement. C'est une question sur laquelle il va falloir insister au cours de nos réunions.

Mais je ne voudrais pas trop insister car nous avons d'autres témoins venus de loin pour comparaître devant le Comité et pour lesquels il faudrait donc réserver du temps.

Le président: Monsieur Paquette.

Mr. Paquette: Actually, this goes back to what I was saying about funds provided to National Defence. We find this even stranger, since moneys provided to National Defence create fewer jobs—according to an American study by the Department of Labour—than those provided to education, health or social affairs. Indeed, we propose that a large portion of the moneys provided to National Defence be transferred to social affairs.

M. Young: Merci.

Le président: Si vous me le permettez, le président voudrais proposer, pour faciliter l'organisation, que nous demandions à nos témoins suivants de nous faire tout de suite leur exposé. Nous devons suspendre nos travaux pendant 15 ou 20 minutes peut-être, mais si la pause n'est pas trop longue, nous pourrions revenir ensuite pour entendre le reste de leur exposé. À mon avis, il vaudrait mieux que nous demandions aux témoins de commencer tout de suite leur exposé.

Thank you, Mr. Paquette. Merci beaucoup d'être venu. Nous vous remercions de vos témoignages.

Notre témoin suivant sera la Fédération de l'âge d'or du Québec. Je souhaite la bienvenue à la présidente, M^{me} Rose Aimée Leblanc. Auriez-vous l'obligeance de nous présenter vos collègues, madame Leblanc?

[Text]

Mme Rose Aimée Leblanc (présidente, Fédération de l'âge d'or du Québec) : Je vous présente M. Fortin, à ma droite, administrateur du conseil d'administration de la Fédération de l'âge d'or du Québec; M. Yvon Ropers, à l'autre bout, directeur général et M. Manuel Maître, directeur des publications incorporées.

The Chairman: Mrs. Leblanc, before we let you proceed, may I just suggest that it is going to be necessary for us to suspend this hearing for 15 to 20 minutes for a vote in the House of Commons. We will have to leave here in about five minutes, but we would hope to be able to come back 15 or 20 minutes later to hear the balance of your presentation, perhaps to have some questions.

Would you begin now though. We will unfortunately have to cut off in about five minutes.

Mme Leblanc: Je pense que je préférerais attendre 15 minutes. Cela ne sert à rien de commencer puisqu'il nous faudra recommencer.

The Chairman: Mrs. Leblanc, I think it is the wish of the committee, and it would be perhaps worthwhile if you could start now. We will do our best to come back, but at least we will hear part of your presentation, if you do not mind. Thank you very much.

Mme Leblanc: Voici. La Fédération de l'âge d'or du Québec, la FADOQ, est un organisme de regroupement de 180,000 retraités et préretraités dont l'âge est au moins de 55 ans. Elle prône depuis 1970, année de sa fondation, la valorisation des aînés par l'exercice de leur autonomie au sein de la société et la prise en charge, à la fois personnelle et collective, de leurs intérêts.

La FADOQ voit aussi à améliorer leur qualité de vie en leur fournissant certaines des ressources nécessaires à l'occupation de leurs temps libres par des activités créatives, récréatives, éducatives, culturelles, humanitaires et communautaires. Les 1,030 clubs sont affiliés à l'un ou l'autre des 18 conseils régionaux et ceux-ci font tout en leur pouvoir pour leur apporter information, animation et soutien technique. La FADOQ et son conseil d'administration formé des représentants des membres proposent les grandes orientations du mouvement et se chargent des représentations nécessaires auprès des gouvernements et d'autres organismes pour qu'on maintienne, voire qu'on améliore, la qualité de vie des personnes âgées du Québec.

Depuis 15 ans, et pour répondre au mandat qu'elle s'est donné, la FADOQ s'est penchée sur la santé et le bien-être de ses membres et de la population âgée en général.

• 1635

Chaque congrès, qu'il ait été régional ou national, a été le théâtre de débats, d'ateliers, d'adoption de résolutions ayant pour objectif de sensibiliser la population et d'attirer l'attention des gouvernements sur un aspect ou l'autre de la vie des aînés.

[Translation]

Mrs. Rose Aimée Leblanc (President, Fédération de l'âge d'or du Québec): Allow me to introduce Mr. Fortin, on my right, who is the Director of the Board of *La Fédération de l'âge d'or du Québec*; Mr. Yvon Ropers, at the other end who is Director General, and Mr. Manuel Maitre, our Director of Corporate Publications.

Le président: Madame Leblanc, avant de vous demander de nous présenter votre exposé, je dois vous avertir que nous serons obligés de suspendre nos travaux pendant 15 ou 20 minutes pour aller voter à la Chambre des communes. Nous sommes obligés de partir dans 5 minutes, mais nous espérons être de retour d'ici 15 ou 20 minutes pour entendre le reste de votre exposé et pour vous poser des questions.

Ayez donc l'obligeance de commencer votre exposé. Malheureusement, nous devons vous couper la parole dans 5 minutes environ.

Mrs. Leblanc: I think I would prefer to wait the 15 or 20 minutes. It seems rather pointless to start if we just have to start over again later.

Le président: Madame Leblanc, je crois que le Comité désire que vous commenciez votre exposé tout de suite, car c'est peut-être la meilleure solution. Nous nous efforcerons de revenir le plus vite possible, mais au moins, nous aurons entendu une partie de votre exposé. Merci beaucoup.

Mrs. Leblanc: Fine. *La Fédération de l'âge d'or du Québec*, the FADOQ, is an organization representing 180,000 retirees and preretirees who are at least 55 years of age. Since its founding in 1970, it has advocated the enhancement of the role of the elderly in our society through the exercise of greater independence and both personal and collective control of their interests.

The FADOQ is also interested in improving their quality of life by providing them with the resources they require to participate in creative, recreational, educational, cultural, humanitarian and community activities in their free time. Our 1,030 clubs are all affiliated with one of the 18 regional councils which do their utmost to provide members with information, ideas and technical support. The FADOQ and its board of directors, on which sit the members' representative, make proposals regarding the Federation's over-all direction and are responsible for making representations to governments and other organizations so that the quality of life of the elderly in Quebec is not only maintained, but improved.

Over the past 15 years, the FADOQ has, in the context of fulfilling its mandate, studied the health and welfare of its members and of the elderly in general.

Each and every one of our conventions, be they regional or national, has been the setting for debates, workshops and the adoption of resolutions intended to sensitize the general population and draw the attention of governments to a particular aspect of elderly peoples' lives.

[Texte]

Nos membres vous ont transmis les recommandations dont vous trouverez copie en annexe de ce document. Ce sont encore eux aujourd'hui qui vous adressent la parole, par ma voix. Nous nous réjouissons et félicitons le gouvernement d'avoir pris la sage décision de maintenir l'universalité de la pension de la sécurité de la vieillesse.

Il eut été dommage de transformer ce programme universel nécessaire en un service sélectif et inutilement discriminatoire. D'ailleurs le gouvernement pourra facilement récupérer, par le biais de l'impôt, les prestations versées à ceux qui ont des revenus d'autres sources suffisantes pour se passer de la pension de la sécurité de la vieillesse.

Dans son exposé économique et financier de novembre dernier, et au dépôt du projet de loi C-26, le gouvernement nous annonçait son intention d'étendre le versement de l'allocation aux conjoints, aux veufs et aux veuves à faible revenu qui ont entre 60 et 64 ans. Cette mesure profitera à 85,000 Canadiens et Canadiennes, et injectera 200 millions de dollars dans l'économie dès la première année de distribution. Ce sera profitable, nous en sommes convaincus.

La Fédération de l'âge d'or du Québec . . .

The Chairman: Mr. Young, on a point of order.

Mr. Young: Mr. Chairman, unfortunately we have to go into the House at this moment. But since our witnesses did travel and take the time and trouble to appear before the committee, I would move that the remainder of their testimony be reproduced in the proceedings as if they has been read into the record.

The Chairman: That is indeed within the rules of procedure of the committee.

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: All agreed. Thank you very much.

I think, members of *La Fédération de l'âge d'or du Québec*, it is necessary for us now to leave to go to the House. Is it the wish of the members that we come back to ask questions of our witnesses?

Mr. Young: If it is not an inconvenience to the witnesses and if they are agreeable to it, then I think as a matter of common courtesy we should.

The Chairman: If our vote is something under, say, half an hour?

M. Malépart: C'est important pour moi.

The Chairman: Yes. So it is convenient to the witnesses. We will come back as soon as the vote is finished, certainly, if it is within half an hour of the present moment. Is that agreed?

Mme Leblanc: C'est mon premier désir, d'ailleurs.

The Chairman: The meeting will now stand suspended.

Mme Leblanc: Je vous remercie.

The Chairman: And we shall return as soon as we can.

[Traduction]

Our members submit the recommendations listed at the back of this text. Even today they speak to you through me. We are most pleased to be able to commend the government for having wisely decided to maintain universality as regards the old age security pension.

It would have been most unfortunate had a universal and essential programs such as this been transformed into a selective and needlessly discriminatory service. In any case, the government will have no trouble recovering, through taxation, benefits paid to those whose income from other sources is such that they have no need for the old age security pension.

In its economic and financial statement of last November, and at the tabling of Bill C-26, the government announced its intention to extend the spouse's allowance to low income widows and widowers aged between 60 and 64. This particular measure will affect 85,000 Canadians and will inject some \$200 million into the economy in the first year of its application. We are convinced that it will prove most useful.

The *Fédération de l'âge d'or du Québec* . . .

Le président: Monsieur Young, vous invoquez le Règlement?

M. Young: Malheureusement, monsieur le président, nous devons maintenant partir pour aller à la Chambre. Mais étant donné que nos témoins se sont donnés la peine de venir jusqu'à Ottawa et de comparaître devant le Comité, je propose que le reste de leur déclaration soit reproduit dans le procès-verbal, comme si elle avait été lue.

Le président: C'est tout à fait possible, selon les règles de procédure régissant les comités.

Des voix: D'accord.

Le président: Tout le monde est d'accord. Merci beaucoup.

Nous nous excusons auprès des membres de la *Fédération de l'âge d'or du Québec* du fait que nous soyons maintenant obligés de vous quitter pour aller à la Chambre. Les membres désirent-ils revenir pour poser des questions à nos témoins?

M. Young: Si cela convient aux témoins, je crois que nous devrions, au moins, leur rendre cette politesse.

Le président: Si le vote ne prend pas plus d'une demi-heure, mettons?

Mr. Malépart: It is important to me.

Le président: Bon. Cela convient aux témoins. Dans ce cas-là, nous reviendrons ici dès que le vote sera terminé, si cela ne prend pas plus d'une demi-heure. Tout le monde est d'accord?

Mrs. Leblanc: That is precisely what we hoped for.

Le président: Je suspens les travaux du Comité.

Mrs. Leblanc: Thank you.

Le président: Nous reviendrons dès que nous le pourrons.

[Text]

M. Malépart: Monsieur le président, on pourrait aussi, quand on reviendra du vote, apporter d'autres questions supplémentaires si les témoins sont disponibles.

The Chairman: As Mr. Malépart has suggested, all witnesses who have been here this afternoon are welcome to stay and we will be glad to have them involved in questions as well. Thank you.

The meeting is now suspended.

Mme Leblanc: J'ai une question, monsieur le président.

Est-ce que je recommencerai ma lecture ou si je poursuivrai?

The Chairman: It has been agreed your total presentation will be included in the proceedings of this meeting just as if you had read it, exactly the same. So it preserves the fact you will have your brief complete in our proceedings. It will be printed completely. But we would like to welcome the chance to ask you questions as soon as we can return from the House. Thank you.

Mme Leblanc: Merci.

• 1655

The Chairman: Would the committee come to order again, please.

Mrs. Leblanc, would you like to continue reading the remainder of your presentation? We have time to do that if you wish, *s'il vous plaît*.

Mme Leblanc: Merci, monsieur le président.

La Fédération de l'âge d'or du Québec ne peut cependant se contenter de cette demi-mesure qui prolonge et confirme un état de discrimination qu'elle dénonce depuis de nombreuses années. Nous n'acceptons pas qu'on laisse dans l'oubli 80,000 personnes seules; célibataires, séparées ou divorcées. Peut-on raisonnablement laisser dans l'indigence des gens dont la seule faute est de n'avoir jamais trouvé à se marier ou de ne pas avoir voulu ou d'avoir été abandonné ou d'avoir rompu les liens d'une union maritale devenue intolérable et factice. Le gouvernement doit sûrement comprendre cela puisque M. Crosbie vient de déposer un projet de loi qui modernisera les procédures de divorces. Puisque le gouvernement veut verser une aide monétaire aux personnes de 60 à 64 ans sans conjoint, nous lui demandons de le faire sans égard au statut marital.

Ayant déjà rencontré, le 16 avril dernier, M^{me} Gabrielle Bertrand, députée de Brome—Missisquoi, adjointe parlementaire du ministre Epp et responsable de ce Comité, et lui ayant exposé nos opinions sur le projet de loi C-26, nous connaissons la réponse à nos recommandations. M^{me} Bertrand nous a affirmé qu'elle comprenait nos réticences, qu'elle les partageait même et que le ministère versera éventuellement l'équivalent de l'allocation au conjoint aux célibataires et aux divorcés de 60 à 64 ans. Seulement, pour l'instant, l'argent manque. Nous voulons pourtant réitérer que c'est une urgente priorité à

[Translation]

Mr. Malépart: Mr. Chairman, when we come back from voting, we might also entertain supplementary questions from other available witnesses.

Le président: Comme M. Malépart l'a suggéré, nous invitons tous les témoins qui ont comparu cet après-midi à rester et à participer à la période de questions et de réponses. Merci.

Les travaux du Comité sont maintenant suspendus.

Mrs. Leblanc: I have one question, Mr. Chairman.

Will I have to start my statement all over again or will I simply continue on with it?

Le président: Les membres se sont mis d'accord pour que votre exposé soit versé au procès-verbal de cette séance comme si vous l'aviez lu. Ainsi, le texte intégral de votre exposé figurera au procès-verbal de nos délibérations. Mais nous attendons avec impatience l'occasion de vous poser des questions dès notre retour de la Chambre. Merci.

Mrs. Leblanc: Thank you.

Le président: Je demande aux membres du Comité de revenir à l'ordre, s'il vous plaît.

Je vous invite, madame Leblanc, à continuer à lire le reste de votre mémoire. Nous avons suffisamment de temps pour le faire, si vous le voulez, *please*.

Mrs. Leblanc: Thank you, Mr. Chairman.

The *Fédération de l'âge d'or du Québec* cannot, however, settle for this half-measure, which continues and confirms the discrimination that it has been denouncing for a number of years. We cannot accept the fact that 80,000 single, separated, or divorced individuals are being forgotten. Can we really leave these people in poverty, when their only fault is that they never married or never chose to marry, or were abandoned or decided to end a marriage that had become intolerable? The government must understand this point, because Mr. Crosbie has just tabled a bill designed to modernize divorce procedures. Since the government wants to give financial assistance to individuals aged 60 to 64 who do not have a spouse, we would ask the government to do so without using the criterion of marital status.

On April 16, we met with Mrs. Gabrielle Bertrand, the member for Brome—Missisquoi, and the Parliamentary Secretary to the Minister, Mr. Epp. We told her what we thought of Bill C-26, and we therefore know the official response to our recommendations. Mrs. Bertrand told us that she understood our reservations, that she in fact shared them, and that the department could perhaps pay an amount equivalent to the spousal allowance to single and divorced individuals between the ages of 60 and 64. However, there is not enough money at the present time. These poor, elderly

[Texte]

privilegier. Ces femmes seules, âgées et pauvres, attendent déjà depuis trop longtemps, et elles n'ont plus beaucoup de temps devant elles. Des études très nombreuses jusqu'ici ont fait ressortir le sort de ces femmes étiquetées, seules, pauvres et âgées. Il faut améliorer leur sort au plus tôt. Demain sera déjà trop tard pour un certain nombre d'entre elles.

Nous croyons le temps venu d'abolir l'âge obligatoire de la retraite à 65 ans pour tous les Canadiens et de permettre une retraite souple et flexible entre 60 et 70 ans. Par ailleurs, l'âge d'admissibilité à la Pension de la sécurité de la vieillesse pourrait être abaissé dans un premier temps de 65 à 63 ans. Cette mesure conviendrait à des milliers de travailleurs épuisés qui, passé le cap des 60 ans, voient venir la retraite avec bonheur. En commençant à verser la Pension de la sécurité de la vieillesse à 63 ans vous feriez des milliers d'heureux et, en plus, vous contribueriez à libérer des postes que les entreprises comblent par des plus jeunes frappés de plus en plus durement par le chômage. (Le pourcentage des jeunes en chômage diminue mais leur nombre absolu augmente).

Nous aimerions profiter de notre présence devant ce Comité pour rappeler également l'urgence de créer un ministère des Aînés selon notre recommandation faite aux trois chefs de parti pendant la campagne électorale de 1984, et selon l'une de nos résolutions adoptées au congrès de 1983 et répétée à celui de 1984 dont voici le texte intégral.

Le ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu de la province de Québec vient de déposer le document «Agir maintenant pour demain», une politique québécoise de sécurité de revenu à la retraite. Nous souhaitons que des discussions franches s'ouvrent entre les deux paliers de gouvernement, avec la collaboration des retraités eux-mêmes, les premiers concernés, ou leurs représentants, afin de répondre au besoin de réforme des régimes de retraite et afin de trouver des solutions efficaces aux problèmes de revenu des aînés. La FADOQ est disposée à collaborer à ces travaux d'étude.

Nous espérons que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social recevra favorablement nos propositions et fera tout son possible pour trouver des solutions efficaces aux problèmes des citoyens âgés.

• 1710

En conclusion, la Fédération de l'âge d'or du Québec croit que la population entière du Canada y gagnera à permettre aux plus âgés de vivre une existence active et intéressante, exempte de tracasseries financières. Après tout, de tous les citoyens, ils sont les plus expérimentés et encore aptes à bâtir le pays dont tous nous rêvons.

Le président: Merci bien madame Leblanc. Des questions? Monsieur Malépart, cinq minutes.

M. Malépart: Merci monsieur le président. Je tiens à féliciter la Fédération de l'âge d'or du Québec qui, dans cette province, remplit un rôle très important pour nos personnes âgées, et ce par le biais de leurs activités à la grandeur du Québec, au sein de tous les clubs de l'âge d'or et parmi toutes les personnes du troisième âge qui sont dans le besoin, grâce à

[Traduction]

single women have been waiting too long already, and they do not have much time left. Many studies have examined the situation of women we label as being single, poor and elderly. Their fate must be improved as quickly as possible. Tomorrow will be too late for some of them.

We think that the time has come to abolish the mandatory retirement age of 65 for all Canadians, and set up a flexible system, whereby people could retire between age 60 and 70. In addition, the age at which a person becomes eligible to receive the Old Age Security Pension could be lowered from age 65 to 63 to begin with. This measure would meet with the approval of thousands of exhausted workers who begin looking forward to retirement after age 60. If the government were to begin paying Old Age Security benefits at age 63, it would make thousands of people happy, and in addition would be freeing up positions for younger people, who are hit increasingly hard by unemployment. The percentage of unemployed young people is dropping, but the absolute number is increasing.

We would like to take advantage of our appearance before the committee to remind you that it is urgent to act on our recommendation to set up a Department of Senior Citizens. We made this recommendation to the three party leaders during the 1984 election campaign. It was based on one of the resolutions we adopted at our 1983 and 1984 conventions. We have included the resolution in full in our brief.

The Quebec Department of Manpower and Income Security has just tabled a document entitled "Act Now for Tomorrow", which is a Quebec policy on retirement income security. We hope that there will be frank discussions between the two levels of government, involving the participation of senior citizens themselves, or their representatives, since they are the people who will be affected by the decisions, so as to begin reforming pension plans and to find effective solutions to the problem of retirement income. The federation is prepared to participate in discussions of this type.

We hope that the Minister of National Health and Welfare will react favourably to our proposals, and will do everything possible to find good solutions to the problems facing our senior citizens.

In conclusion, the Federation believes that all the people of Canada would benefit if we were to allow the elderly to live an active and interesting life, free from financial difficulties. After all, they are the most experienced people in our society, and they still have the ability to build the country of all our dreams.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Leblanc. Are there any questions? Mr. Malépart, five minutes.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman. I would like to congratulate the Fédération de l'âge d'or du Québec which plays a very important role for the elderly through their activities throughout my province. They are involved in senior citizens clubs and with needy elderly individuals. They have a program of social and community activities, and they make

[Text]

des activités sociales ou communautaires et en faisant des représentations auprès des différents intervenants comme ils le font aujourd'hui.

Le mémoire est, à mon avis, très bien fait. Vous présentez trois positions: une position précise en ce qui concerne le projet de loi C-26, une position pour l'âge de la retraite pour l'ensemble de la population, indépendamment des revenus, et une position quant à une meilleure collaboration entre les deux paliers de gouvernements.

J'aime bien votre suggestion. Assurément, je partage votre avis au sujet du projet de loi C-26. Je dois dire que le premier groupe qui a soulevé le problème dans le cadre du projet de loi C-26 a été la Fédération de l'âge d'or du Québec qui, dans leur revue, dénonçait, justement, le fait que, malheureusement, les célibataires au Canada, se voient dire encore une fois, de rester sur le bien-être social. Je tiens à féliciter la Fédération de l'âge d'or d'avoir sensibilisé la population à ce problème. Malheureusement, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social répond la même chose à une citoyenne de mon comté, soit que le gouvernement fédéral continue à les aider par le bien-être social.

Voici ce que j'aimerais savoir: quelle est la réaction des membres et de toutes les personnes que vous rencontrez qui, aujourd'hui, doivent vivre de l'aide sociale même si elles n'ont pas choisi de le faire? Quelle est la réaction de ces personnes, sur le plan humain, au fait qu'elles ne pourront pas être bénéficiaires tout simplement parce qu'elles ont été célibataires ou parce qu'elles sont séparées? Est-ce que vous avez des exemples? Souvent on parle de célibataires et les gens pensent qu'ils étaient beaucoup plus disponibles pour accepter des emplois.

Quelqu'un me disait que surtout dans les comtés ruraux, les personnes célibataires âgées de 60 ans sont des personnes qui, lorsqu'elles étaient jeunes, ont dû rester à la maison pour aider à élever la famille. Lorsque tous les frères et les sœurs de cette personne célibataire sont entrés sur le marché du travail, elle avait atteint un âge tel qu'il fallait qu'elle demeure à la maison pour prendre soin de ses vieux parents. Aujourd'hui, cette personne hérite de la maison, mais reste sans argent pour payer les taxes, etc. Cette personne, qui a contribué à l'État à sa façon, soit en aidant, en élevant ses frères et ses sœurs, soit en restant à la maison pour garder son père et sa mère et épargner des coûts au gouvernement en ne les envoyant pas dans une maison de pension, eh bien on me dit que cette personne, aujourd'hui, est la première à être pénalisée. Elle a rendu service, elle s'est privée, elle a fait un choix sur le plan humain, un choix qu'elle aurait peut-être préféré autre, mais elle a été humaine et aujourd'hui on la priverait! Est-ce qu'il est exact que dans le milieu rural—et votre organisme est bien placé pour le savoir—l'on retrouve beaucoup de ces personnes, qui ont aujourd'hui 60 ans, qui vivent cette situation-là?

Mme Leblanc: Oui. Je vous dirais que l'impact se fait non seulement au niveau financier. Tout en subissant leur pauvreté, elles se sentent dévalorisées parce que tout au long de leur vie elles ont rempli une mission qui leur était imposée et tout à coup, plus de mission et plus de moyen pour vivre décemment. Donc, elles se demandent si en fait elles sont punies ou

[Translation]

presentations to various groups, just as they are doing here today.

In my opinion, the brief is very carefully prepared. You present three positions: One on Bill C-26, one on retirement age, regardless of a person's income, and one on better co-operation between the two levels of government.

I like your suggestion very much. I certainly share your opinion on Bill C-26. The first group that raised the problem of Bill C-26 was the Federation, which in its publication, denounced the fact that unfortunately single individuals in Canada were being told once again that they should stay on welfare. I would like to congratulate the Federation, on making people aware of the problem. Unfortunately, the Minister of National Health and Welfare told a woman in my riding the same thing: namely that the federal government is continuing to help people like her through welfare.

I would like to know what reaction you hear from individuals living on welfare, some of whom do not choose to do so. What is their reaction when they learn that they cannot benefit from the bill, simply because they are single, or separated? Have you any examples? When people refer to single individuals they often think that they are much more available to accept jobs.

Someone was telling me that particularly in rural ridings, single individuals aged 60 often had to stay at home to help raise the family when they were young. By the time all the brothers and sisters got jobs, the individual in question had to stay home to look after the elderly parents. Such individuals are inheriting the family home today, but do not have the money to pay the taxes, and so forth. This person made a contribution to society either by raising sisters, or by staying at home to look after the parents. The fact that they were not sent to a senior citizen's home saved the government money. I am told that such individuals are the first ones to be penalized today. They provided a service, they suffered, they made a choice in human terms that they might have preferred to be different, but they find they are being deprived of certain benefits today. Is it true that there are many individuals age 60 in this situation in rural communities? Your organization is in a good position to know this.

Mrs. Leblanc: Yes. I would say that the impact is not only financial. These individuals are not only poor, but they feel worthless, because they have spent their lives doing something that was imposed on them. All of a sudden, they no longer have a mission, nor do they have the resources necessary to live decently. Those women often wonder whether they are being

[Texte]

récompensées de leurs bonnes actions. Est-ce que ça répond à votre question?

M. Malépart: Merci. C'est vous qui connaissez, je pense, les citoyens, et êtes mieux en mesure que moi pour répondre à cela, car vous rencontrez des gens, vous représentez des gens à la grandeur du Québec, de toutes les régions.

Quant à votre autre suggestion concernant la réduction de l'âge en général... Vous suggérez de commencer peut-être à l'âge de 63 ou de 64 ans. Est-ce que votre groupe serait d'accord avec ce qui avait été fait auparavant lorsque l'âge était 70 ans? Ensuite, on a réduit cet âge à 69, 68 sur une période de cinq ans. Seriez-vous d'accord que dans l'ensemble d'une réforme des pensions le gouvernement ramène l'âge d'admissibilité, pas l'âge de la retraite libre, mais l'âge d'admissibilité aux programmes sociaux en descendant graduellement, à partir de 64 ans, sur une période de cinq ans. Est-ce que votre groupe serait favorable à un de programme de ce genre?

• 1715

Mme Leblanc: Certainement parce que cela libérerait, comme on l'a dit tout à l'heure, des emplois et ceux qui n'en peuvent plus de travailler, se libéreraient du travail. Ceux qui sont capables pourraient continuer. C'est tout. Ce serait une façon de créer des emplois.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

The Chairman: *Merci bien.* Mr. Young, you have 5 minutes.

Mr. Young: I also want to thank you for appearing before the committee. I think I speak on behalf of all of the committee in apologizing to you for the interruption in your testimony, which was unforeseeable and unavoidable.

I find myself pretty much in agreement with the presentation you have made, but I would like to follow up on the question which Mr. Malépart asked, and your response. If the age of pensionable retirement was to be reduced to 63 years, I would assume you would only be in agreement with that if there was also adequate pensions paid at age 63. If you became eligible for pension at age 63, then surely it would be an adequate pension which would go with that, because much of the difficulty we have at the present time... One reason why many people are challenging mandatory retirement under private pensions plans at age 65 is, at the present time, many people face poverty if they retire at age 65. Although many people feel they can still make a very valuable contribution to the workplace, very many people would like to get out but they cannot because of inadequate pensions at age 65.

Mme Leblanc: Oui. Il me semble que cela n'empêche pas ma réponse d'être bonne puisque qu'il est entendu que le revenu ne doit pas baisser. D'un autre côté, ils sont libres de se retirer. Quant au montant, comme vous l'avez dit, il est clair qu'il ne doit pas baisser non plus.

Mr. Young: Yes. In many private pension plans now, if you opt for early retirement prior to age 65, there is an incremental

[Traduction]

punished or rewarded for their good deeds. Does that answer your question?

Mr. Malépart: Thank you. Since you are familiar with these people, I think you are in a better position than I am to answer the question, because you represent people from all parts of Quebec.

The other suggestion you made was that the retirement age should be reduced. You were suggesting that the age be 63 or 64. Would your group agree with what was done when the retirement age was 70? The age was reduced to 69 the first year, 68 the second year, for five years. As part of pension reform, would you agree that the government reduce the age at which individuals are eligible to receive social benefits, and I am not talking about retirement age, by one year for each of five years? Would your group be in favour of such a program?

Mrs. Leblanc: Certainly, because as we were saying earlier, this would free up some jobs, and enable some people who are tired of working to retire. Those who can continue to work would do so. That is the point. This would be a way of creating jobs.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

Le président: *Thank you very much.* Monsieur Young, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Young: Je tiens également à remercier nos témoins de leur comparution devant le Comité. Je parle au nom de tous les membres du Comité en nous excusant de l'interruption imprévue et inévitable de votre témoignage.

De façon générale, je suis d'accord avec ce que vous avez dit, mais j'aimerais donner suite à une question posée par M. Malépart, et à votre réponse à cette question. Si on abaissait l'âge de la retraite à 63 ans, je tiens pour acquis que vous ne seriez d'accord que si on prévoyait des pensions adéquates dès l'âge de 63 ans. Si la retraite est possible dès l'âge de 63 ans, il faut que la pension soit suffisante. Souvent les problèmes que nous avons en ce moment... L'une des raisons pour lesquelles beaucoup de gens contestent l'âge de retraite obligatoire de 65 ans, est que beaucoup de régimes de pension privés sont si maigres que les gens risquent de vivre dans la pauvreté s'ils prennent leur retraite à l'âge de 65 ans. Beaucoup de gens estiment qu'ils peuvent rester utiles sur le marché du travail, mais il y en a beaucoup aussi qui aimeraient prendre leur retraite, mais qui ne peuvent pas le faire à cause des pensions insuffisantes qu'ils auraient à l'âge de 65 ans.

Mrs. Leblanc: That is true. I think that my answer still holds, because it is understood that there must not be a drop in income. On the other hand, people would have the option of retiring. As you said, it is clear that the amount of the pension must not drop either.

M. Young: En effet. Dans le cas de beaucoup de régimes de pension privés à l'heure actuelle, si on prend sa retraite

[Text]

reduction in the amount of benefits which would be available to you because you opted for early retirement.

I have a question on . . . and I think the translation was corrected. You made a proposal that there should be a senior citizens' department established. Was I correct?

Mrs. Leblanc: Yes.

Mr. Young: Would you visualize that department being on its own, or under the Department of Health and Welfare, or a Minister responsible for senior's interests? How would that work?

M. Manuel Maître (directeur des communications, Fédération de l'âge d'or du Québec): À notre avis, il s'agirait d'une sorte de secrétariat d'État au troisième âge à l'intérieur du ministère actuel, Santé nationale et Bien-être social du Canada. Ce serait une branche. Cela se produit dans plusieurs pays du monde, en France par exemple. Il s'agit d'une section, si vous voulez, un département, un secrétariat d'État, pour l'appeler par son nom. Secrétariat d'État au troisième âge dans le cadre du grand ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, en quelque sorte. Evidemment, il y a tellement de problèmes de toute nature, qu'il ne s'agit pas de créer un ghetto pour une classe de citoyens, mais bien de créer un organisme pour tous les aînés de la nation. C'est un peu la revanche des berceaux à l'envers que l'on vit actuellement. Seulement au Québec, il y a 615,000 retraités; en l'An 2,000, c'est demain, dans 15 ans, il y en aura 850,000. Cela reflète l'image du Canada tout entier. Cela va croître.

• 1720

Il y a actuellement 1,500,000 de Québécois canadiens qui sont âgés de 55 ans et plus. Alors vous voyez d'ici dans 15, 20 ans ce que cela représentera. Il nous semble que si l'on prend cela à l'échelle du Canada tout entier, il ne serait pas exagéré de considérer l'immensité du problème de gérontologie sociale que cela va créer, en ce qui concerne les pensions, les régimes de rentes. Qui va payer quoi tout à l'heure? Vous savez très bien que vous vous penchez actuellement avec les provinces sur ce problème. Il va falloir hausser les cotisations tant des employeurs que des employés pour ne pas réduire, évidemment, à néant, les capitaux actuellement accumulés, par exemple, au Régime des rentes du Québec. Alors, il nous semble indispensable qu'il y ait un ministère ou plus précisément un secrétariat d'État fédéral, national donc, qui se penche sur ces problèmes et qui travaille de concert, évidemment, et étroitement, avec les 10 provinces canadiennes.

Mr. Young: I would just comment that such a proposal came from the World Assembly on Aging in Vienna several years ago. One of the reasons behind it was that it is absolutely crucial governments start to prepare for the explosion of retired people at the turn of the century. Frankly, from what I see, other governments are doing very little about them, not only in Canada, but also in other western countries. I think unless that preparation starts to take place, we are going to be in an awful mess by the time we enter into the next century.

[Translation]

anticipée avant l'âge de 65 ans, on touche des prestations beaucoup moins importantes.

J'ai une question au sujet de . . . et je pense que la traduction a été corrigée. Vous avez proposé la création d'un ministère du Troisième Âge. Est-ce bien cela?

Mme Leblanc: Oui.

M. Young: S'agirait-il d'un ministère distinct, ou relèverait-il du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ou plutôt d'un ministre? Comment envisagez-vous le ministère?

Mr. Manuel Maître (Director of Communications, Fédération de l'âge d'or du Québec): We see it as a sort of secretary of state for senior citizens within the Department of National Health and Welfare. It would be a branch of the department. This has been done in a number of countries, such as France. It would be a branch or a section, or a secretary of state, to call it by its proper name. The secretary of state for senior citizens would be part of the larger department of National Health and Welfare. There are, of course, problems of all kinds that need to be solved, and we are not interested in ghettoizing a group of individuals, but rather to create an organization to serve all senior citizens. The number of senior citizens is increasing at the present time. In Quebec alone, there are 615,000; by the year 2000, which is only 15 years from now, there will be 850,000. This is true throughout Canada. The numbers are going to increase.

At the present time there are 1,500,000 Quebecers who are 55 and over. This gives you an idea of how many senior citizens there will be in 15 or 20 years. If we look at these figures nationally, we think that the problem of social gerontology regarding pension plans is going to have to be considered very seriously. Who will be paying for what in the future? As you know, the federal government is looking at this issue with the provinces at the present time. The premiums paid by employers and employees are going to have to be increased so as not to reduce to zero the capital in the Quebec Pension Plan, for example. We therefore think that it is essential that there be a department or more specifically a federal secretary of state to look at these problems and to work closely with the 10 provinces.

M. Young: Je tiens simplement à signaler qu'une telle proposition a été faite il y a quelques années à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, qui a été tenue à Vienne. L'une des raisons pour lesquelles cette proposition y avait été faite, était qu'il est indispensable que les gouvernements commencent dès maintenant à se préparer à cette explosion des retraités qu'il y aura d'ici la fin du siècle. Je vous le dis en toute franchise, non seulement le Canada, mais les autres pays occidentaux font très peu en ce moment. Si nous ne commençons pas à nous préparer dès maintenant, à mon avis, nous allons nous trouver dans un beau pétrin d'ici le début du siècle prochain.

[Texte]

The Chairman: Thank you, Mr. Young. It is time for a second round if the committee wishes. Mr. Hockin, five minutes.

M. Hockin: Je voudrais essayer en français.

Je voudrais vous féliciter aussi et vous poser une question: concernant les problèmes de la vieillesse, à votre avis quels sujets sont les plus importants maintenant entre les deux paliers de gouvernement, fédéral et provincial?

Mme Leblanc: Si je considère le revenu comme priorité de toute personne à n'importe quel âge, mais surtout pour les personnes démunies, la priorité est le logement. Une personne démunie doit aussi payer son logement, et puisque nous avons un climat assez rude, il faut absolument se loger. C'est la priorité, même pour la personne démunie; elle doit se loger. Et c'est ce qui coûte le plus cher. Quand elle a payé son logement, il lui est difficile de se nourrir adéquatement, de s'habiller et de s'offrir des sorties. Je considérerais comme priorité le revenu puisqu'il pourrait y avoir un pouvoir d'achat plus grand, s'il était possible d'améliorer les conditions de logement et le coût du logement. Cela donnerait tout de suite un pouvoir d'achat plus grand aux personnes démunies.

M. Hockin: Oui, cela c'est très intéressant. Merci.

The Chairman: Mr. White, do you have any questions?

Mr. White: Yes, Mr. Chairman, I have a brief one. Many of your comments today were very timely and right on the button, I think, with the situation now. I am from a rural riding myself. I have only one town in my riding that has more than 5,000 people, and that has 10,000. It is a unique community because almost half of it is over 55, 45% is over 55, so it is a very important factor in that community. I found your suggestion about a senior's department, as did Mr. Young, a very interesting concept and I think it is something we have to deal with. I do not have a real question, but I wanted to convey to you my interest in that concept, and I thank you for bringing it up today.

The Chairman: Thank you, Mr. White. Mr. Malépart.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Puisque nous parlons du logement: dans mon comté, j'ai eu un dîner rencontre avec 1,000 personnes âgées et à chacun on a fait le débat—je pense que vous savez qu'en matière de logement, le gouvernement réalise 25,000 unités. C'est ce que nous appelons, au Québec, des «HLM»: on construit des bâtisses. Cela veut dire que l'on prend un carré de maison, que le gouvernement investit 50,000\$, et qu'on y loge une personne ou deux personnes âgées.

• 1725

Cela fera bientôt l'objet d'un débat et il va falloir prendre une décision. J'ai demandé à chaque personne: quel est votre choix? Est-ce que vous préféreriez continuer d'habiter dans votre résidence et qu'on vous accorde ce qu'on appelle une subvention au loyer en fonction des besoins de chaque individu, ou si vous souhaiteriez que le gouvernement continue à construire des logements où il y a un regroupement de

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Young. Nous pouvons maintenant passer au deuxième tour, si le Comité le veut bien. Monsieur Hockin, cinq minutes.

Mr. Hockin: I would like to try to ask my questions in French.

I would also like to congratulate you and to ask you a question. Which are the most important issues involving aging that exist between the two levels of government at this time?

Mrs. Leblanc: I think that income is the priority for any individual, whatever their age. In the case of disadvantaged people particularly, the priority is housing. Since we have a rather harsh climate, housing is a priority, even for disadvantaged individuals. And housing is the most expensive item. Once a person has paid for his or her lodging, there is often not enough money left over to eat properly, to buy clothing, and to pay for outings. I would say that income is a priority, because people could have more buying power, if they could have better and cheaper housing. This would give disadvantaged individuals more buying power.

Mr. Hockin: Yes, that is very interesting. Thank you.

Le président: Avez-vous des questions, monsieur White?

M. White: Oui, monsieur le président, j'ai une brève question. À mon avis, les commentaires que vous avez faits aujourd'hui étaient tout à fait pertinents et opportuns. Je représente moi-même un comté rural. Il n'y a qu'une ville de plus de 5,000 habitants dans ma circonscription, et elle ne compte que 10,000 âmes. Il s'agit d'une collectivité assez particulière, car 45 p. 100 de sa population a plus de 55 ans. C'est donc un facteur très important chez moi. Comme M. Young, je trouve que l'idée de créer un ministère pour le Troisième Âge est très intéressante et qu'il va falloir y réfléchir. Je n'ai pas vraiment de questions, mais je voulais vous remercier d'avoir soulevé cette notion très intéressante.

Le président: Merci, monsieur White. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

On the subject of housing, I held a dinner to meet some 1,000 senior citizens. We discussed the issue of housing with them. I think that you know that the government is building some 25,000 units. These buildings are called "low-rental housing" units. The government invests \$50,000 and houses one or two elderly people in each unit.

This question will be debated shortly and a decision will have to be made. I have asked each of the interested parties the following questions: What is your choice? Would you rather continue to live in your present home and receive what is called a rental subsidy based on your individual needs or would you rather have the government continue to put up

[Text]

personnes âgées? Est-ce que vous préférez déménager votre logement et aller dans de ces édifices qu'on appelle, au Québec, des «HLM», habitations à loyer modique.

L'opinion, à ma grande surprise, est partagée à 50-50. Cinquante pour cent des personnes préfèrent rester dans le logement qu'ils habitent présentement et avoir une subvention pour arriver à payer leur loyer, une subvention un peu comme celle qu'on a au Québec, Logis-rente. D'autres, même s'ils ont leur logement et qu'ils arrivent à joindre les deux bouts avec le revenu de celui-ci, préfèrent les nouvelles bâtisses que le gouvernement construit. À ma grande surprise, les gens ont dit que, premièrement, ces édifices étaient sécuritaires en cas de feu: ils sont en béton, ils sont neufs, les gens se sentent regroupés et il y a des activités.

Est-ce que vous avez déjà entendu des commentaires, des opinions, émis par vos membres concernant le besoin de logements pour les personnes âgées?

Mme Leblanc: Oui. Tout à l'heure, votre collègue disait justement qu'il demeure dans une région rurale, un petit village vieillissant. Moi aussi je viens de la campagne, d'un petit village vieillissant. À la campagne, on aime beaucoup à rester chez soi et on s'arrange très bien. Cependant, selon vos commentaires... Je crois que vous avez reçu des commentaires des citoyens de villes...

M. Malépart: Mon comté est à Montréal.

Mme Leblanc: Oui, c'est pour cela que les opinions sont partagées moitié-moitié. À la campagne, je vous assure que si vous arriviez à moitié-moitié... Ah non, cela ne se peut pas! Vous obtiendriez un pourcentage de 98 p. 100 de gens qui diraient: «On reste chez nous, on meurt chez nous».

M. Malépart: Si vous me permettez, monsieur le président. Ces gens seraient d'accord à ce que le gouvernement établisse ce qu'on appelle un programme de subventions au logement pour le maintien à domicile. Il faudrait faire un certain calcul. Une personne aurait peut-être besoin pour arriver à vivre, dépendant des régions—parce qu'au pays il y a des provinces où c'est plus cher—d'une allocation de 30\$ ou de 50\$ par mois selon les personnes. Vous croyez donc que dans les régions surtout cela serait vraiment important pour répondre aux besoins de ces personnes.

Mme Leblanc: Oui. Est-ce que je peux me permettre une remarque au sujet des subventions?

M. Malépart: Oui.

Mme Leblanc: En campagne, par exemple, le propriétaire recevrait la subvention parce qu'il est propriétaire. En ville, c'est là qu'est la question. Qui va bénéficier de la subvention? Est-ce que ce sera le consommateur ou le propriétaire qui, à son tour, haussera encore le loyer? Là est la question.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Malépart.

Madam Leblanc, if either of your other two colleagues, who have not had a chance to comment or answer a question, wish to say a few words now, it would be in order.

[Translation]

multi-unit buildings intended for older people? Would you rather move to new quarters or to low rental housing?

I was very surprised to see that opinion is split 50-50. Indeed, 50% of the people would rather remain in their present quarters and receive a subsidy to help them pay their rent, similar to that in Quebec, which is called logis-rente. Others prefer new buildings put up by the government, even if these people have a home which allows them to make ends meet. I was surprised to hear people say they find these new buildings safe in case of fire. They are made of concrete, they are new, and people can participate in activities which allow them to feel part of a group.

Have your constituents ever expressed their opinions to you about housing needs for older people?

Mrs. Leblanc: Yes. Just a minute ago, your colleague pointed out that he is from a small, older village in the country. I also am from that type of a village. In the country, people like to stay at home. It is fine that way. However, your observations point to the fact that city dwellers do not feel the same way.

Mr. Malépart: My riding is in Montreal.

Mrs. Leblanc: Yes and that explains why your constituents' opinion is split 50-50. I can assure you that in the country you would never reach a 50-50 split, never! In fact, 98% of people would tell you: "We live in our homes, we die in our homes".

Mr. Malépart: Mr. Chairman, my constituents would agree to the government setting up what could be called a subsidy program allowing retention of housing. Figures would have to be arrived at. For example, in order to make ends meet, a person might need \$30 or \$50 a month depending on the person, and the region, some being more expensive than others. You believe that therefore, in the regions, this type of program would do a great deal to respond to these people's needs?

Mrs. Leblanc: Yes. May I make a comment about subsidies?

Mr. Malépart: Yes.

Mrs. Leblanc: In the country, landlords would receive subsidies because they are landlords. In the city, however, there is a problem. Who would receive the subsidy? Will it be the consumer, or the landlord who will, once again, increase the rent? That is the question.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart.

Madame Leblanc, si vos deux collègues qui n'ont pas eu l'occasion de répondre ou de faire connaître leur point de vue, désirent maintenant prendre la parole, ils sont entièrement libres de le faire.

[Texte]

Mme Leblanc: Merci, Monsieur Fortin.

M. Maurice Fortin (membre de l'exécutif, Fédération de l'âge d'or du Québec): J'aimerais parler des HLM. Dans la ville de Québec, il y a de gros villages, certains quartiers sont presque des villages et chacun garde son identité propre. C'est la même chose: vous voyez par exemple, que la restauration des vieux édifices entraîne une spoliation du loyer des gens et ils sont obligés de déménager. Les personnes âgées sont incapables de revenir, parce qu'après la réparation, le propriétaire, pour réussir à payer ses taxes, doit hausser le loyer. Ce que les gens semblent préférer par dessus tout, c'est de demeurer chez eux, «chez nous», comme ils disent. Chez nous c'est comme nulle part ailleurs.

La vie dans les HLM tourne facilement au vinaigre au bout de quelque temps. Les gens trouvent, avec le temps, qu'il y a beaucoup trop de vieux autour d'eux; tout le monde est vieux. Une personne de 80 ans qui va dire: «regarde ce petit vieux», mais il n'a que 60 ans. Donc, ils n'aiment pas à se retrouver strictement qu'avec des personnes âgées. C'est le risque des HLM qui sont consacrés aux personnes âgées. Ils veulent se retrouver avec des gens de toutes catégories. Ils veulent être des citoyens à part entière, en définitive, pas des gens habitant un ghetto.

Le président: Merci, monsieur Fortin.

Monsieur Ropers, s'il vous plaît.

M. Yvon Ropers (directeur général, Fédération de l'âge d'or du Québec): Je voudrais faire remarquer qu'en général, à partir de ce qu'on vient de dire, c'est bien sûr qu'il n'y a pas une solution.

• 1730

Ce qu'on essaie de faire ressortir, c'est qu'il n'y a pas qu'une classe de gens, il n'y a pas qu'un goût, il n'y a pas qu'une mentalité et alors, on pense qu'il y a lieu, entre autres par le truchement des ministères comme on le propose, d'étudier ces différents besoins. Et les solutions—le 50—50, c'est deux solutions; il y a peut-être 4—25 p. 100 aussi, si on avait proposé quatre solutions... Finalement, je pense que l'important c'est d'y porter un intérêt particulier. Et comme le disait monsieur, tout à l'heure, il faut se préparer immédiatement à cette situation où on va voir augmenter cette partie de la population, qui deviendra de plus en plus importante. Je pense qu'il ne faut pas attendre dans cinq, dix ou 20 ans. Il faut immédiatement penser à ces années qui viennent à travers un certain nombre de solutions. Il n'y a pas de solution unique, il n'y a pas une seule recette. Je pense qu'il y a plusieurs recettes et on veut essayer, et on le demande, justement, de participer et surtout de faire en sorte que les personnes âgées soient impliquées dans les décisions. Je pense que trop souvent des gens ont décidé pour les personnes âgées, de leurs besoins d'abord et des solutions à ces besoins-là. Il est grand temps qu'on consulte, qu'on permette à ces gens-là d'être présents aux endroits où les décisions se prennent. On a trop souvent décidé pour eux, de leurs besoins et des solutions.

The Chairman: Mr. Young may go ahead, and then Mr. Hockin.

[Traduction]

Mrs. Leblanc: Thank you, Mr. Fortin.

Mr. Maurice Fortin (Member of the Executive, Fédération de l'âge d'or du Québec): I would like to speak about low-rental housing. The City of Quebec includes some large villages. Indeed, certain parts of the city are almost villages in themselves and each has its own identity. What happens there is this. Old buildings are renovated, the rents go up and people are forced to move out. The older people who have moved out cannot come back, because after the renovations, the landlord must increase the rent in order to pay his taxes. But first and foremost, people still seem to prefer to remain home "chez nous" as we say in Quebec. There is no place like home.

Life in low-rental housing units quickly sour. After a while, tenants start to find that there are too many old people around, that everyone is old. You will hear an 80 year old person say of another, "Look at that old man", but this old man is only 60. These people do not like to be surrounded exclusively by older people. This is the chance you take if you open low-rental housing only to old people. Old people like to be with all types of people. They want to be full-fledged citizens and they do not want to live in a ghetto.

The Chairman: Thank you, Mr. Fortin.

Mr. Ropers, you have the floor.

Mr. Yvon Ropers (Director General, Fédération de l'âge d'or du Québec): I would like to say that generally, based on what has just been said, it is obvious that there is not one single solution.

We are trying to point out that there is not one single category of people, there is not one single taste, there is not one single way of thinking and therefore we feel that the departments, which we have mentioned should, among others, study the various needs. A 50-50 split has been proposed; we could also have a four-way split, 25% for each. What is important is that this question be studied in an appropriate way. Someone said a short time ago, we must start solving this problem now before many more people join that section of society. We must not wait 5, 10 or 20 years. We must think ahead and think of the various solutions. There is not one single solution, nor is there a single recipe to solve the problem. I believe there are many solutions and I feel it is important to get older people to participate and to get them involved in decision-making. I think that too often, people who take decisions involving older people, think about their own needs first and then, after the fact, they think about the needs of older people. It is high time that we consult older people and that we allow them to take part in the decision making process. Too often, we have made decisions on their behalf, without regard to their own needs.

Le président: Monsieur Young, vous avez la parole, ensuite M. Hockin.

[Text]

Mr. Young: While we appear to be somewhat off the bill, Mr. Chairman, this is a fascinating subject and it is one which you and I have been involved in on a previous committee on the disabled and the handicapped. However, I would like to pursue it a bit further because I think the issue is really crucial to finding a solution. That is why I am interested in the senior citizens department. If we ever hope to find a solution to these problems, it will require full consultation and participation of the people who will be the beneficiaries or the consumers of the services provided by government.

On the housing front, in a municipal ward in my own constituency, a poll was conducted several years ago by political science students at one of Toronto's educational facilities, and it was on the needs of senior citizens in that community. Something in excess of 90% of the seniors who responded said that they would prefer to live in their own homes in retirement, that they felt more comfortable doing this, they had their friends in the community, and very often their families. My area is in an urban area; a dense urban area.

There are areas in the country where pilot projects have been established, which are quite imaginative, to allow seniors to do exactly that. It is not done by tax handouts. By various financial means, homes are modified to allow the elderly person to have a companion in to share the home, to share the cost, to do a whole number of things.

One example I want to give you is the nursing homes which I have been through. I think they are awful places. You find elderly people sitting there staring at walls, with no communication amongst them at all. There is no attempt to provide them with any kind of stimulation to continue to enjoy their lives or to be productive in this life. A whole group of us got together—across party lines by the way—in my constituency, and we established a group home with federal funding about two years ago. There are 12 individuals who were in that nursing home environment who moved into this group home, and there was a total transformation in those people. Within a month they were up and about. They did not have to be told to get dressed. They were no longer wandering around in night clothes all the time. When you go into that group home now, everybody shares in the cooking. They have some of their own personal effects in their rooms. There is no regimentation at all. They have pets; they are totally new people. There were people who were in their early seventies who looked as if they were 120 before they went into that home, and now they are vibrant, vital people, making a valuable contribution to the community and their group again. These are the kinds of things I think could be examined and explored to a greater degree, if there was a mechanism in place within governments to allow that to happen, with the full participation of the people involved.

• 1735

I am glad you gave me a chance to expound this because it is an area I have become interested in over the last two or three

[Translation]

M. Young: Monsieur le président, il est vrai que nous nous écartons quelque peu du projet de loi, mais la discussion est tout de même fort intéressante et elle me rappelle les échanges que nous avons eus dans le cadre du Comité chargé d'étudier les handicapés. J'aimerais poursuivre la discussion parce que je crois que cette question est d'importance capitale, si nous voulons trouver une solution. Voilà pourquoi je m'intéresse au domaine de l'âge d'or. Si nous voulons solutionner un jour ces problèmes, il faudra que les bénéficiaires ou les consommateurs des services fournis par le gouvernement puissent prendre part à des consultations exhaustives et qu'ils puissent y participer à part entière.

Pour ce qui est du logement, il y a quelques années, des étudiants en sciences politiques de la région de Toronto ont effectué un sondage dans un des districts électoraux de ma circonscription à propos des besoins des personnes âgées. Plus de 90 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils préféraient prendre leur retraite dans leur propre foyer, qu'ils se sentaient plus à l'aise chez eux et qu'ils avaient des amis et, très souvent, de la famille, dans le quartier. Je viens d'une circonscription urbaine à forte densité de population.

Dans certaines régions du pays, on a mis sur pied des projets-pilotes très novateurs qui permettent aux personnes âgées de rester dans leurs foyers. On y est parvenu, non pas par des allègements fiscaux, mais plutôt par un financement permettant la transformation des logements des personnes âgées de sorte qu'elles puissent y accueillir un compagnon, qui partage les coûts et les travaux ménagers.

J'ai visité des foyers pour vieillards et je dois vous dire que je les trouve particulièrement déprimants. Les personnes âgées passent la journée à regarder les murs, sans communiquer entre elles. On ne fait rien pour les stimuler, pour les encourager à profiter de la vie ou à être productives. Dans ma circonscription, nous avons formé il y a environ deux ans un groupe, composé de membres de divers partis d'ailleurs, et nous avons créé un foyer collectif grâce à un financement fédéral. Douze personnes venant de foyers pour vieillards s'y sont installées et il a suffi d'un mois pour que l'attitude de ces personnes soit complètement transformée. Il n'était plus nécessaire de leur dire de s'habiller le matin. On ne les voyait plus à toute heure du jour se promener en pyjama. Aujourd'hui, chacun participe à la préparation des repas, les chambres sont décorées selon les goûts de leurs occupants et la vie n'y est pas du tout régentée. On y trouve des animaux domestiques et le foyer collectif a totalement transformé ces 12 personnes. À l'arrivée, bien qu'elles ne venaient d'atteindre que les 70 ans, elles semblaient en avoir 120 et, aujourd'hui, elles sont animées d'une vitalité et d'un dynamisme qui leur permettent d'appeler une contribution à la communauté et au groupe. C'est le genre de chose qui, selon moi, devrait être étudiée plus à fond, et je crois que les gouvernements devraient mettre sur pied un mécanisme permettant à tous les intéressés de procéder à ce genre d'examen.

Je suis heureux d'avoir eu l'occasion de discuter de cette question parce que je m'y intéresse maintenant depuis deux ou

[Texte]

years, and there has to be an awful lot more work done. Perhaps I could recommend to my Conservative colleagues on this committee that it is something that could be discussed within caucus. Perhaps even a subcommittee of one of the standing committees could start some exploratory work in this area.

The Chairman: Thank you, Mr. Young. Mr. Hockin, do you have some comments?

M. Hockin: Seulement une question.

Je trouve ce journal très impressionnant, très impressionnant. Combien de lecteurs avez-vous?

M. Maître: Actuellement, monsieur le président, nous avons environ 150,000 lecteurs, avec un tirage d'environ 40,000 copies par mois parce que les personnes se le passent de l'une à l'autre. Évidemment, notre ambition serait d'aller beaucoup plus loin. Mais il s'agit de trouver les abonnés. C'est une question de ressources pour les gens que de s'abonner même si s'il n'en coûte que 6\$ par an à nos membres, et ce pour 12 numéros d'abonnement. Alors, nous souhaitons évidemment que ce journal puisse un jour tirer à 100,000 et 200,000 exemplaires au Québec.

M. Hockin: Est-ce que vous savez s'il existe d'autres journaux comme le vôtre dans les autres provinces?

M. Maître: Il y a trois ans, nous avons tenu une première réunion canadienne de tous les directeurs et rédacteurs en chef, à Winnipeg, sous la présidence du président des publications FADOQ Inc., M. Roger Duhamel. J'y participais en tant que directeur-rédacteur en chef de «Age d'or, vie nouvelle». Et nous avions des représentants d'une vingtaine de publications à travers le Canada qui vendent de simples bulletins, moins élaborés, comme celui-ci. Je dirais qu'en tant que journal de cette importance, il y en a deux. Il y en a un en Ontario et un au Québec, format tabloïde. Et en Ontario, il tire, c'est impressionnant, à 800,000 exemplaires, monsieur le président. C'est le gouvernement ontarien qui paie pour ce journal qui est envoyé à chaque pensionné avec son chèque de pension chaque mois. Nous n'en sommes pas encore là au Québec.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Hockin. Mr. Malépart.

M. Malépart: Peut-être qu'à la fin des débats de ce Comité, si la province de l'Ontario est assez gentille d'envoyer ce journal à tous ses pensionnés, peut-être que le gouvernement fédéral pourrait demander au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de faire de même l'échelle du pays pour les pensionnés qui reçoivent leur chèque.

The Chairman: Mr. Young.

Mr. Young: While you have been in this room you have managed, I think, to get the drift that everyone is conscious about cost effectiveness and cost reductions. On the question of housing—and we took a close look at this on the disabled committee—I would like to see government take a look not only at cost but also the cost benefits of doing something. I would think that it is more cost effective to allow a person to live in his own home with some government assistance than it is to remove that individual and place him in an institution.

[Traduction]

trois ans et parce que je crois qu'il y a beaucoup, beaucoup à faire. Si vous me le permettez, j'aimerais recommander à mes collègues du Parti conservateur qui siègent au Comité de discuter de cette question au sein du caucus. Peut-être pourrait-on aussi mettre sur pied un sous-comité d'un des comités permanents pour entreprendre ces travaux.

Le président: Merci, monsieur Young. Monsieur Hockin, vous voulez dire quelque chose?

Mr. Hockin: I have just one question.

I find this periodical very impressive indeed. How many readers do you have?

Mr. Maître: At the present time, Mr. Chairman, we publish approximately 40,000 copies a month, but we have approximately 150,000 readers because the copies of our publication are passed on. Obviously, we would like to reach a much larger audience, but it is a matter of finding subscribers. It becomes a matter of finances for these people, even if it only costs \$6.00 a year for 12 issues. Therefore, we would like some day to publish between 100,000 and 200,000 copies in the Province of Quebec.

Mr. Hockin: Are there other publications similar to yours in other provinces?

Mr. Maître: Three years ago, we held the first Canadian meeting of all directors and editors. The meeting was held in Winnipeg and was presided by the President of *Publications FADOQ Inc.*, Mr. Roger Duhamel. I participated in my capacity as director and editor of *Age d'or, vie nouvelle*. There were representatives from approximately 20 publications from across Canada, which varied from simple and less elaborate newsletters, to papers like ours. There are in fact two papers of this type. There is one in Ontario and one in Quebec, in a tabloid format. The Ontario publication is impressive in that 800,000 copies are published, Mr. Chairman. This publication is paid for by the Ontario Government and sent to each pensioner with the monthly cheque. We still have a long way to go in Quebec.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Hockin. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Since the Province of Ontario is kind enough to send this publication to all its pensioners, the federal government might like to ask the Department of Health to do the same from now on across the country for all Canadian pensioners.

Le président: Monsieur Young.

M. Young: Il se dégage de ce que vous avez dit que chacun se préoccupe de rentabilisation et de compressions budgétaires. Nous avons étudié de près la question du logement au sein du comité chargé d'étudier la situation des handicapés et j'aimerais voir le gouvernement étudier non seulement le coût mais également les avantages liés au programme éventuel. Je crois qu'il serait plus rentable de permettre à quelqu'un d'habiter chez lui, grâce à une aide gouvernementale, plutôt que de l'obliger à déménager et à vivre en foyer. Selon nos chiffres,

[Text]

Our figures are three or four years old, but our examination showed that it would cost about \$8,000 a year to support a person in the community, whereas to keep him in an institution would cost about \$30,000 a year. I am quite sure that figure has changed quite drastically. But it is an area that should be looked at when we talk about the costs of social programs. We should also take a look at the benefits to be derived from that social program with a little bit of imagination.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Young. The last word will be from our witness.

M. Maître: Merci, monsieur le président.

Pour répondre à cette question: le maintien à domicile présente un double avantage. Celui de revaloriser la personne âgée en lui permettant de rester dans son milieu de vie, d'abord.

• 1740

En effet, cela lui permet sur le plan humain, sur le plan social, donc sur le plan physique, moral et mental de rester plus jeune, plus vaillant plus longtemps et, ce faisant, ça lui permet donc de prendre moins de médicaments, d'être moins souvent chez le médecin ou à l'hôpital, ce qui diminue d'autant des coûts considérables. Il se dépensait—mais grâce au club de la Fédération de l'âge d'or du Québec, on consomme beaucoup moins de valiums, pour citer un seul exemple, depuis 15 ans—il s'en dépensait, dis-je, pour 5 millions de dollars par an.

Il serait peut-être intéressant, monsieur le président, et ça se fait déjà à Montréal, dans le quartier de Rosemont, à savoir une première expérience inspirée de pays scandinaves comme la Suède et la Norvège, lorsqu'on construira de nouveaux HLM, et on en construit actuellement d'autres, de considérer le projet de ce que l'on appelle la *Cité des âges*. C'est-à-dire que lorsqu'on construit pour des familles entières, un pourcentage, par exemple 20 p.100 des logements, est systématiquement attribué à des personnes retraitées de façon à ce qu'elles ne soient pas—je parlais de ghettos plus tôt—isolées du reste de la société. Les petits enfants ne connaissent plus leurs grands-parents aujourd'hui; mais là, elles vivent en société, dans un esprit communautaire et on leur rend de menus services comme elles peuvent en rendre également. Je crois que dans la perspective du logement à l'échelle canadienne c'est une situation qui serait certainement à explorer pour en venir à la répandre partout à travers le Canada.

Le président: Merci bien. Madame Leblanc je veux vous remercier, vous et vos collègues.

May I apologize again for the fact we had to interrupt your presentation, but the interruption and our return were certainly worthwhile in view of the good presentation you have made and the excellent questions you generated.

May I remind the committee that our next meeting will be tomorrow at 8 p.m. in room 269, with the witnesses being the National Action Committee on the Status of Women, Canadian Pensioners Concerned Inc. and the National Anti-Poverty Organization.

[Translation]

qui datent d'il y a trois ou quatre ans, il en coûterait environ 8,000\$ par an pour permettre à une personne de rester en milieu communautaire, tandis qu'il faut environ 30,000\$ par an si cette même personne habite dans un foyer. Je suis certain que ces chiffres ont beaucoup évolué depuis, mais je crois néanmoins qu'il faudrait étudier la possibilité de mettre sur pied de tels programmes sociaux. Il faudrait étudier non seulement les coûts de ces programmes, mais les avantages découlant de cette innovation.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Young. Je laisse le mot de la fin au témoin.

Mr. Maître: Thank you, Mr. Chairman.

In answer to this question, I would say that there is a two-fold advantage to keeping someone in his home. First of all, the aged can by this means remain in the same social environment.

From a human, social, but also physical, moral and mental points of view, this person can remain younger and be productive for a longer period, and therefore take less medication and reduce the number of visits to his doctor or to the hospital, all of which reduce the high costs in this field. In the past, people used to spend approximately \$5 million a year on Valium. Thanks to the *Fédération de l'âge d'or du Québec*, consumption has been reduced markedly over the last 15 years.

It would be interesting to look at, for a while, the project entitled, "*Cité des âges*". In the context of building new low rental housing, it would be good to take into account what has been done in Montreal, in the suburb of Rosemont, and also what has been done in Sweden and Norway, amongst others. When family housing is constructed, a certain percentage, for example 20% of units, is set aside systematically for retired people so that they are not isolated from the rest of society and reduced to living in ghettos, as I mentioned earlier. Today, grandchildren do not know their grandparents. In this type of housing, however, there is a strong social and community spirit and there is an exchange of services between elderly people and younger people. I think we should take this type of experience into account when we build housing across Canada.

The Chairman: Thank you very much. Mrs. Leblanc, I would like to thank you and your colleague.

Je m'excuse encore d'avoir interrompu la lecture de votre mémoire. La qualité de votre présentation et les excellentes questions que vous avez suscitées nous ont fait oublier cette petite pause.

Je rappelle aux membres du Comité que la prochaine réunion aura lieu demain à 20 heures à la salle 269. Nos témoins seront les représentants du Comité canadien d'action sur le statut de la femme, du groupe *Canadian Pensioners Concerned, Inc.* et de l'Organisation nationale antipauvreté.

[*Texte*]

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[*Traduction*]

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES—TÉMOINS

From the National Advisory Council on Aging:

Yhetta Gold, President;
André Leblanc, Executive Director.

From the "Confédération des syndicats nationaux":

Michel Paquette, Researcher.

From the "Fédération de l'âge d'or du Québec":

Rose Aimée Leblanc, President;
Yvon Ropers, Director General;
Manuel Maître, Director of Communications;
Maurice Fortin, Member of the Executive.

Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:

Yhetta Gold, présidente;
André Leblanc, directeur exécutif.

De la Confédération des syndicats nationaux:

Michel Paquette, chargé de recherche.

De la Fédération de l'âge d'or du Québec:

Rose Aimée Leblanc, présidente;
Yvon Ropers, directeur général;
Manuel Maître, directeur des communications;
Maurice Fortin, membre de l'exécutif.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Thursday, May 9, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le jeudi 9 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Tom Hockin
John A. MacDougall
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Don Ravis
John Reimer
Guy Ricard
Marcel Tremblay—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Thursday, May 9, 1985:

Don Ravis replaced Édouard Desrosiers;
John A. MacDougall replaced Bill Domm;
Bob Brisco replaced Benno Friesen;
Guy Ricard replaced Bill Lesick;
Marcel Tremblay replaced Joe Price.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le jeudi 9 mai 1985:

Don Ravis remplace Édouard Desrosiers;
John A. MacDougall remplace Bill Domm;
Bob Brisco remplace Benno Friesen;
Guy Ricard remplace Bill Lesick;
Marcel Tremblay remplace Joe Price.

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 9, 1985

(20)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 8:05 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Neil Young.

Alternates present: Bob Brisco, Jim Edwards, Sheila Finestone, John MacDougall, Lucie Pépin.

Witnesses: From the National Action Committee on the Status of Women: Louise Dulude, Vice-President; Anne Betz, Treasurer. *From the National Anti-poverty Organization:* Patrick Johnston, Executive Director. *From the Canadian Pensioners Concerned Inc.:* Doreen Fraser, President.

The Committee resumed consideration of Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act. (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Wednesday, April 24, 1985, Issue No. 12.*)

On Clause 1

Anne Betz and Louise Dulude, from the National Action Committee on the Status of Women, made a statement and answered questions.

Patrick Johnston, from the National Anti-poverty Organization, made a statement and answered questions.

Doreen Fraser, from Canadian Pensioners Concerned Inc., made a statement and answered questions.

At 10:02 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 9 MAI 1985

(20)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 20 h 05, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Neil Young.

Substituts présents: Bob Brisco, Jim Edwards, Sheila Finestone, John MacDougall, Lucie Pépin.

Témoins: Du Comité canadien d'action sur le statut de la femme: Louise Dulude, vice-présidente; Anne Betz, trésorière. *De l'Organisation nationale anti-pauvreté:* Patrick Johnston, directeur exécutif. *De la Corporation des retraités canadiens intéressés:* Doreen Fraser, présidente.

Le Comité reprend l'étude du projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mercredi 24 avril 1985, fascicule n° 12.*)

Article 1

Anne Betz et Louise Dulude, du Comité canadien d'action sur le statut de la femme, font chacune une déclaration et répondent aux questions.

Patrick Johnston, de l'Organisation nationale anti-pauvreté, fait une déclaration et répond aux questions.

Doreen Fraser, de la Corporation des retraités canadiens intéressés, fait une déclaration et répond aux questions.

A 22 h 02, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, May 9, 1985

• 2006

The Chairman: I call the meeting to order. We resume consideration of Bill C-26, an Act to amend the Old Age Security Act. We are still on clause 1.

On clause 1

The Chairman: We have three sets of witnesses this evening, the first being the National Action Committee on the Status of Women; second, the Canadian Pensioners Concerned Incorporated; third, the National Anti-Poverty Organization. We will begin with the National Action Committee, of which Louise Dulude is Vice-President. We welcome you back; I know you were here not long ago. With you is, Anne Betz, Treasurer. Welcome to both of you ladies. If you will give your presentation, then we will entertain questions. I propose to have half an hour for each delegation, which would see us finish by about 9:30p.m. *D'accord? Merci. Très bien.*

Ms Anne Betz (Treasurer, National Action Committee on the Status of Women): Good evening. I am Anne Betz. I come as the Treasurer, representing the National Action Committee on the Status of Women. Before we begin, I must apologize for the fact that our brief is only in English. However, we will be prepared to answer questions in French, if people wish to ask them. There was a minor change to page 3, which we hope has been made on all copies distributed.

The National Action Committee on the Status of Women, NAC, is the largest women's group in Canada, representing over 350 non-governmental organizations, whose individual membership totals something over 3 million. It was formed in 1972 to press for the implementation of the report of the Royal Commission on the Status of Women in Canada and, since then, NAC has become the single most powerful lobby for Canadian women. The main priority of NAC is, and has always been, to improve the economic situation of women. Most particularly, we have always been extremely concerned with the two groups of women who are most financially vulnerable—namely single parents and elderly women.

In addition, in recent years, we have, become increasingly aware of the financial hardships suffered by another group of women—those who are close to, but have not yet reached, age 65.

We have often urged the federal government to do something to help these women and were, therefore, the first to support the principle of the bill before us today, which would greatly improve the lot of at least some of the members of that group.

Before the bill proceeds further, however, we believe that every effort should be made to broaden its scope. We also think that several important points must be stated about the

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 9 mai 1985

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous reprenons l'examen de l'article 1 du bill C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse.

Article 1

Le président: Nous accueillons ce soir trois témoins différents, le Comité national d'action sur la situation de la femme, la Corporation des retraités canadiens intéressés, et l'Organisation nationale anti-pauvreté. Nous allons commencer par le Comité national d'action dont M^{me} Louise Dulude est vice-présidente. Nous vous accueillons de nouveau ce soir, car je sais que vous avez comparu ici même il y a peu de temps. Nous souhaitons également la bienvenue à Anne Betz, trésorière du Comité. Nous vous poserons des questions lorsque vous aurez présenté votre exposé. Peut-être pourrions-nous réserver une demi-heure à chaque délégation si bien que nous ajournerions vers 21h30. *Is it all right? Thank you. Very well.*

Mme Anne Betz (trésorière, Comité national d'action sur la situation de la femme): Bonsoir, je m'appelle Anne Betz et je suis trésorière du Comité national d'action sur la situation de la femme. Je voudrais tout d'abord m'excuser de ce que notre mémoire n'existe qu'en version anglaise. Cependant, nous pourrions répondre à vos questions en français, si vous le désirez. Une petite modification a été apportée à la page 3 de notre mémoire et j'espère que cette correction a été faite sur toutes les copies qui ont été distribuées.

Le Comité national d'action sur la situation de la femme est le groupement féminin le plus important au Canada, puisqu'il représente plus de 350 organismes non gouvernementaux regroupant plus de 3 millions de femmes. Notre Comité a été créé en 1972 pour promouvoir l'application des recommandations du rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada et, depuis lors, notre Comité est devenu le lobby féministe le plus puissant au Canada. Notre Comité cherche avant tout, et cela a toujours été son principal objectif, à améliorer la situation financière des femmes et en particulier celle de deux groupes de femmes qui sont le plus vulnérables sur le plan financier, les mères célibataires et les femmes âgées.

A ces deux groupes s'est ajouté, ces dernières années, un autre groupe qui connaît de plus en plus de difficultés financières, à savoir les femmes qui ont près de 65 ans.

Nous avons souvent exhorté le gouvernement fédéral à aider ces femmes et nous avons donc été les premières à endosser le principe du projet de loi que vous examinez aujourd'hui, dont les dispositions permettraient d'améliorer considérablement le sort de certains membres de ce groupe.

Mais avant que ce projet de loi ne soit adopté, nous aimerions qu'il soit élargi. Nous pensons également qu'il faut s'attarder sur les raisons pour lesquelles tant de femmes, âgées

[Texte]

reasons why so many women, age 60 to 65, are poor, and about the measures that should be taken to avoid the impoverishment of such a large proportion of women of that age in the future.

To continue, I would like to introduce Louise Dulude, who is a Vice-President of NAC, and who will present the rest of our brief.

Ms Louise Dulude (Vice-President, National Action Committee on the Status of Women): As Anne Betz has said, there are two main aspects we would like to talk about. First is the broadening of the scope of the bill. I understand that we are not the first group to say that it is unfortunate that Bill C-26 would only give the equivalent of Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement to all widowed people and not to all needy people, aged between 60 and 64. Our position is that all needy Canadians between the ages of 60 and 64, whatever their matrimonial status, should be entitled to equal treatment from the federal government.

More specifically, we find the distinction which the bill would make between widowed people and other spouseless individuals to be arbitrary and objectionable. There is some data that exists to support the view that couples aged 60 to 64, married people, have a much lower poverty rate than unmarried counterparts. But no similar argument can be made to justify the exclusion of single, divorced and separated people.

• 2010

Also, an argument was made to me in the last hour that one of the reasons apparently advanced to say that widowed people should be treated differently is that widowed women are being supported by their husbands who died, and therefore they need a replacement income. I would put forward the argument that many divorced women may have been getting alimony from their spouses who died, and therefore they would need a similar replacement.

So as a result of finding the distinction arbitrary and objectionable, we are of the opinion that unless Bill C-26 is amended to give similar benefits to all spouseless... at least spouseless needy people aged 60 to 64, it will create an unjustified discriminatory situation that will violate the equality rights provision of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, and do it within months of that provision's coming into force. Here I am referring to section 15 of the charter.

The second aspect mentioned was that I want to talk about the reasons why women of that age group are so poor, to say that something must be done about the causes of the poverty and not just this kind of patchwork approach of giving them another income-tested benefit. If you look at Statistics Canada figures, you will see that unattached males and females aged 60 to 64 have the same very high poverty rate of 43%. But this is misleading. It does not mean the situation of men of that age is as bad as that of women, because in fact only 15% of men of that age are unattached, while almost a third of the women are. The result is of course a lot more women than men of pre-retirement age and of older ages as well can expect to be poor in our society.

[Traduction]

de 60 à 65 ans, sont pauvres, ainsi que sur les mesures qui devraient être prises pour éviter l'appauvrissement d'un si grand nombre de femmes de cet âge à l'avenir.

Permettez-moi maintenant de vous présenter Louise Dulude, vice-présidente de notre Comité, qui présentera le reste de notre mémoire.

Mme Louise Dulude (vice-présidente, Comité national d'action sur la situation de la femme): Comme l'a dit Anne Betz, nous aimerions aborder deux points importants, dont le premier est l'extension de la portée du projet de loi. Je crois savoir que nous ne sommes pas les premières à déplorer le fait que le bill C-26 n'accorde que l'équivalent de la sécurité de la vieillesse et du supplément du revenu garanti à tous les veufs et non pas à tous ceux qui, entre 60 et 64 ans, sont dans le besoin. Nous pensons que tous les Canadiens indigents qui ont entre 60 et 64 ans devraient être traités de la même façon par le gouvernement fédéral, quel que soit leur situation de famille.

Plus spécifiquement, nous pensons que la distinction faite dans le projet de loi entre les veufs et les autres personnes seules est arbitraire et répréhensible. Selon certaines statistiques, les couples mariés de 60 à 64 ans sont beaucoup moins pauvres que les personnes du même âge qui ne sont pas mariées. Mais on ne peut justifier ainsi l'exclusion des personnes seules, divorcées ou séparées.

On m'a dit tout à l'heure que si les veufs doivent être traités différemment, c'est parce qu'après la mort du mari qui subvenait à ses besoins, une veuve a besoin d'un autre revenu, mais je dirais qu'après la mort de l'ancien mari qui lui versait une pension alimentaire, la femme divorcée a elle aussi, besoin d'un autre revenu.

Nous avons dit que la distinction ainsi faite était arbitraire et répréhensible et par conséquent, nous pensons, si le projet de loi C-26 n'est pas modifié pour accorder les mêmes prestations aux personnes seules et indigentes de 60 à 64 ans, que cette loi est discriminatoire et enfreint l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés, à quelques mois seulement de l'entrée en vigueur de l'article sur les droits à l'égalité.

Je voudrais maintenant aborder les raisons pour lesquelles les femmes de ce groupe d'âge sont si pauvres, ainsi que les mesures qui devraient être prises pour lutter contre les causes mêmes de la pauvreté, au lieu de demi-mesures qui consistent à leur donner une autre prestation calculée en fonction du revenu. Les statistiques compilées par Statistique Canada montrent que 43 p. 100 des hommes et des femmes seuls et âgés de 60 à 64 sont pauvres. Mais ces statistiques sont trompeuses. La situation des hommes de cet âge n'est pas aussi mauvaise que celle des femmes, car seulement 15 p. 100 des hommes de cet âge sont seuls alors que près de 30 p. 100 des femmes de cet âge le sont. Ainsi, beaucoup plus de femmes que d'hommes de 60 ans et plus risquent d'être pauvres.

[Text]

The reasons are many and complex, but if we are to attack this problem, we have to look at the causes and seek corrections to the causes. Indeed, even if Bill C-26 were extended to cover all spouseless needy people between the ages of 60 and 64, the effect would still not be perfectly satisfactory, because it would not recognize the important lifetime contribution of these women, but would only give them less than poverty-level pensions, as if they had made no economic contribution at all to our country. As many older women have said to us in many meetings—and this is something older women feel very strongly about—what they want from our pension system is justice, not charity.

If we look at the causes, the main reason why so many women are poor in their older years is the still very common assumption that women will always have someone to support them, so they should not prepare themselves to be fully responsible for their own support or that of their families. But in fact, as has been demonstrated in reports such as the *Women and Poverty* report of the National Council of Welfare, it is completely unrealistic to hold such an attitude, because the vast majority of Canadian women will have to support themselves eventually because they will end up alone, either through divorce or widowhood. Here I point out that the divorce rate for new marriages is now at 40%, and even though there are many people who remarry, the remarriage rates for women are much lower than those for men.

Also, the rate for women becoming widowed is over 50%; more than 50% of married women will become widowed at some point. In fact, a third of all widows are under the age of 65.

So what can we do to correct the causes of this problem? There are two broad areas. The first one is through non-sexist education at all levels, the accelerated and full integration of women in all aspects of the labour market—and here we will mention specifically affirmative action and equal pay for work of equal value as essential elements—and also the introduction of the necessary support measures for women who have children, most particularly universal child care services, to ensure that the young women of today will not be as economically handicapped as their mothers were.

The other main area of solutions which are most relevant to the work of this committee, which is concerned with pensions, is the urgent need to give women access to more adequate protection under our social security programs. Most important is the pension reform process that is presently taking place, that you will probably have something to say about very soon—in fact, you can say something about it in your respective caucuses now—and most specifically, reforms to the Canada Pension Plan.

• 2015

In looking particularly at reforms that would improve the situation of women aged 60 to 64, NAC recommends the following: First, important increases in the Canada Pension Plan benefits of needy surviving spouses, aged less than 65. If

[Translation]

Les raisons en sont nombreuses et complexes, mais si nous devons nous attaquer à ce problème, nous devons nous pencher sur les causes de cette pauvreté et chercher à les supprimer. D'ailleurs, même si le projet de loi C-26 devait accorder une protection à toutes les personnes seules dans le besoin de 60 à 64 ans, cela ne suffirait toujours pas, car le projet de loi ne reconnaîtrait pas la contribution importante qu'ont apportée ces femmes durant toute leur vie, mais ne leur donnerait que des pensions inférieures au seuil de la pauvreté, comme si elles n'avaient apporté aucune contribution économique au pays. Comme de nombreuses personnes âgées nous l'ont dit, et ce sujet leur tient particulièrement à coeur, elles demandent justice et non pas une aumône.

D'autre part, si tant de femmes âgées sont pauvres, c'est parce que l'on continue de penser que quelqu'un subviendra toujours à leurs besoins et qu'elles n'ont donc pas à se préoccuper d'assurer leur propre subsistance ou celle de leur famille. Mais en fait, comme l'ont montré de nombreux rapports et notamment le rapport *Femmes et pauvreté* du Conseil national du bien-être social, cette croyance est totalement contraire à la réalité car la vaste majorité des femmes canadiennes devront à un moment donné, subvenir à leurs propres besoins car elles finiront par vivre seules, soit parce qu'elles auront divorcé, soit parce qu'elles deviendront veuves. Soit dit en passant, je voudrais vous informer que le taux de divorce s'établit maintenant à 40 p. 100, et même si beaucoup de personnes se remarient, les femmes se remarient moins souvent que les hommes.

De plus, plus de 50 p. 100 des femmes mariées deviendront veuves. En fait, un tiers de toutes les veuves ont moins de 65 ans.

Alors, que pouvons-nous faire pour supprimer les causes de cette pauvreté? Deux choses. Tout d'abord, le sexisme devrait être aboli à tous les niveaux; l'intégration de la femme au marché du travail devrait être accélérée, et là je pense en particulier aux programmes d'action positive et au salaire égal pour travail de valeur égal; une aide devrait également être apportée aux femmes qui ont des enfants, en permettant à toutes de faire garder leurs enfants, et ce, pour s'assurer que les jeunes femmes d'aujourd'hui ne connaîtront pas les mêmes difficultés financières que leur mère.

Ensuite, et le Comité pourrait se pencher sur cette question puisque vous avez étudié la réforme des pensions, les femmes devraient être davantage protégées par nos programmes de sécurité sociale. La chose la plus importante est le processus actuel de réforme des pensions, vous aurez certainement quelque chose à dire là-dessus très prochainement. En fait, vous pouvez en parler maintenant dans vos caucuses respectifs, et je pense plus précisément à la réforme du Régime de pensions du Canada.

En ce qui concerne les réformes de nature à améliorer la situation des femmes entre 60 et 64 ans, notre Comité fait les recommandations suivantes: D'abord, une augmentation importante des prestations du conjoint survivant de moins de

[Texte]

you look at the Québec Pension Plan benefits for surviving spouses under the age of 65, you will see that they are already much higher than those of the Canada Pension Plan. The QPP, Quebec Pension Plan, surviving spouses' rate for those aged 55 to 64, is presently \$430 a month, while that of the Canadian Pension Plan is only \$251 to the same surviving spouses.

Secondly, also like the Quebec Pension Plan, the Canada Pension Plan should allow people to choose to take actuarially reduced benefits starting at the age of 60.

Finally, to maximize the effect of taking this actuarially reduced pension, we recommend changes be made so the base pension of women, their own entitlement to the Canada Pension Plan, will be improved. To do this, we recommend mainly an expansion of Canada Pension Plan benefits so the program would pay at least 40% of lifetime earnings.

We also recommend the mandatory and automatic splitting of CPP credits between the spouses; and finally, the direct coverage of homemakers under the Canada Pension Plan.

We believe this is the kind of reform that will really touch the basic income problem of elderly women. We urge you to look at this broader type of picture. Yes, we need the basic guarantee, the minimum level income, but we must also make our social security programs better so there are not so many who fall under the poverty line.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Miss Dulude.

I would suggest that we allow five minutes for the first round for each party, followed by perhaps a shorter time for other members, if they wish to speak, and then a second round if time permits. Is that agreed?

Some hon. Members: Agreed.

The Chairman: The first questioner is Mr. Malépart. Five minutes.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, je tiens à féliciter le Comité canadien d'action sur le statut de la femme pour son exposé d'aujourd'hui et pour tout le travail qu'il a fait jusqu'à maintenant.

Je vais vous poser des questions sur le projet de loi C-26, et ma collègue, Sheila Finestone, aura sûrement des questions à poser sur la réforme des pensions en général.

Vous avez mentionné le problème de la distinction entre les veuves, les veufs, les célibataires, les séparés ou les divorcés. Nous, les politiciens et politiciennes, nous votons sur des principes. Mais je pense que tous les gens sont honnêtes et qu'ils veulent que cela se rende en bas pour que les gens bénéficient vraiment des lois qu'on a faites.

Je vais vous citer un exemple. Une femme devient veuve à 55 ans; elle sait qu'elle pourrait avoir l'allocation au conjoint à

[Traduction]

65 ans, dans le cadre du Régime des pensions du Canada. Les prestations pour le conjoint survivant dans cette situation dans le Régime des rentes du Québec est nettement supérieure, se montant à 430\$ par mois pour le conjoint survivant entre 55 et 64 ans, tandis que la prestation du Régime de pensions du Canada n'est que de 251\$.

Deuxièmement, comme le Régime des rentes du Québec, le Régime de pensions du Canada devrait permettre une rente anticipée, réduite par calcul actuariel, à partir de l'âge de 60 ans.

Finalement, pour que cette possibilité de prendre une pension réduite par calcul actuariel soit encore plus valable, nous recommandons que la pension de base des femmes dans le cadre du Régime de pensions du Canada soit améliorée. À cette fin, nous préconisons surtout un accroissement des prestations pour que le Régime verse au moins 40 p. 100 du salaire ou des gains.

Nous recommandons aussi le partage automatique et obligatoire entre les époux des crédits du RPP; et en dernier lieu, la couverture directe de la femme au foyer dans le cadre du Régime de pensions du Canada.

Nous estimons que ce genre de réforme s'attaquera au véritable problème du revenu des femmes âgées. Nous vous exhortons à vous pencher sur la situation globale. Certes, il nous faut une garantie minimale, un niveau de base, mais il faut aussi améliorer nos programmes de sécurité sociale pour réduire le nombre de personnes au-dessous du seuil de pauvreté.

Je vous remercie.

Le président: Nous vous remercions, madame Dulude.

Je me propose d'accorder cinq minutes pour le premier tour aux représentants de chaque parti, avec peut-être un peu moins de temps pour d'autres intervenants qui voudraient prendre la parole et ensuite, un deuxième tour, si nous en avons le temps. Est-ce convenu?

Des voix: Convenu.

Le président: Je donne maintenant la parole à M. Malépart. Vous avez cinq minutes.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

First of all, I want to congratulate the National Action Committee on the Status of Women for the brief presented today and all the work it has done so far.

I shall be asking you some questions about Bill C-26 and my colleague, Sheila Finestone, will undoubtedly have some questions about pension reform in general.

You referred to the problem arising from the distinction between widows, widowers, the single, separated or divorced. We politicians vote on principles. But I think we are all honest and we want these principles to result in concrete benefits for the population affected by the legislation which we enact.

I will give you an example. A woman who becomes a widow at 55 knows that she may be entitled to the surviving spouse's

[Text]

60 ans si elle demeurerait veuve, mais elle se trouve un autre compagnon et se remarie. Cependant, son deuxième ménage ne fonctionne pas et elle se sépare. Elle sera donc encore en difficulté. Elle pourrait aussi se dire: Eh bien, j'ai un deuxième conjoint; je vais continuer à vivre avec lui, mais sans l'épouser, au cas où... Croyez-vous que le projet de loi va mettre dans l'embarras certaines femmes en les obligeant à vivre des situations difficiles pour elles? Si le projet de loi tel qu'il est libellé actuellement était adopté et mis en application, quelle serait la réaction des femmes célibataires, séparées ou divorcées? Quelle serait leur réaction si le gouvernement ou le ministère annonçait que maintenant, seuls les veufs et les veuves sont admissibles? Pensez-vous que ces gens-là auraient une réaction négative à l'endroit du gouvernement?

• 2020

Quand je parle du gouvernement, ce n'est pas strictement en termes politique. Je parle de tous les parlementaires qui se dévouent quand même pour la société, pour le pays. Les femmes séparées ont élevé des enfants, peut-être avec beaucoup plus de difficultés que les veuves. Votre organisme connaît très bien les femmes partout au pays. Quel va être leur sentiment si on ne modifie pas le projet de loi de façon à éliminer la discrimination?

Le président: Madame Dulude.

Mme Dulude: Si je vous comprends bien, la question générale qui sous-tend vos questions précises est celle-ci: croyons-nous que ce projet de loi, s'il demeurerait tel qu'il est, ferait plus de tort que de bien? Si telle est votre question, je réponds non. Il est clair que ce projet de loi, même s'il demeure comme il est, va aider certaines personnes qui ont actuellement un urgent besoin d'aide. Je voudrais que ce soit bien clair que telle est la position de notre groupe.

En ce qui concerne les réactions négatives des personnes célibataires et autres, je pense que beaucoup de gens vont être déçus parce qu'ils ne seront pas bénéficiaires et qu'ils vont trouver cela injuste. On peut dire que si ce projet de loi est adopté, sa mise en application constituera une expansion d'un programme qui était encore plus étroit dans le passé. Certaines personnes se diront que c'est une expansion de quelque chose qui était plus étroit et espéreront faire partie du prochain groupe de bénéficiaires. Cependant, l'injustice est là, et elle est claire. Donc, il y a des arguments des deux côtés.

M. Malépart: Ceux qui vont en bénéficier vont être heureux et ceux qui n'en bénéficieront pas seront malheureux.

Ma collègue de Saint-Michel—Ahuntsic a posé une question à la Chambre à l'occasion de l'entrée en vigueur de l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés. Sa question portait sur ce qu'elle appelait et ce que tous les groupes féminins appellent la discrimination systémique. Mme Gold, qui est la nouvelle présidente du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, parlait du travail à temps partiel des femmes comme exemple de discrimination systémique. Ce n'est pas de la discrimination volontaire à l'endroit des femmes, mais les travailleurs à temps partiel sont en grande majorité des femmes et automatiquement, les avantages

[Translation]

allowance at the age of 60 if she remains a widow, but she may wish to remarry. If her second marriage does not work and she separates, she will find herself once again in financial straits. In such a case, she might prefer to live with her partner in a common-law arrangement just in case. Do you think that this bill will create difficulties for certain women by requiring them to make some hard choices? If the bill were adopted and implemented in its present form, what would the reaction be from single women, and the separated or divorced? What would their reaction be if the government or the Minister informed us that from now on only widows and widowers would be eligible? Do you think there would be a backlash towards the government?

When I refer to the government, I am not speaking in strictly political terms. I am talking about the work of all parliamentarians on behalf of society and the country. Separated women have raised children, perhaps with even greater difficulty than widows. Your organization is very much in touch with women throughout the country. What will their reaction be if the bill is not amended to do away with this discrimination?

The Chairman: Mrs. Dulude.

Mrs. Dulude: If I understand you correctly, the basic question underlying the points which you raise is the following: Do we think that if this bill were to remain in its present form, it would do more harm than good? If this is your question, I must answer in the negative. It is obvious that this bill, even if it is unchanged, will help some people who are now in urgent need of assistance. I want to make it very clear that this is the position of our group.

As for the negative reaction of single persons and others, I think that many people will be disappointed because they will not be benefiting and they will consider this unfair. One can always say that if the bill is passed, its implementation will result in an expansion of a program which, up until then, was narrower in scope. Some people will note that there has been an extension of the program and will hope to be included in the next group of beneficiaries. However, the injustice is there and can be clearly seen. Therefore there are arguments on both sides.

Mr. Malépart: Those who will benefit will be happy and those who will not benefit will not be unhappy.

My colleague from Saint-Michel—Ahuntsic asked a question in the House on the coming into effect of section 15 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms. Her question dealt with what is referred to by women's groups as systemic discrimination. Mrs. Gold, who is the new president of the Canadian Advisory Council on the Status of Women, mentioned the part-time work done by women as an example of systemic discrimination. It is not deliberate discrimination against women but the great majority of part-time workers are women and thus automatically unable to enjoy fringe benefits. Do you see in this bill any type of systemic discrimination?

[Texte]

sociaux ne leur sont pas accordés. Voyez-vous dans ce projet de loi une forme de discrimination systémique?

Mme Dulude: J'y vois deux sortes de discrimination. Il y a d'abord la discrimination claire et directe, en raison de l'état matrimonial. C'est fort évident dans le projet de loi. Je verrais de la discrimination systémique dans la distinction qu'on fait souvent entre les veuves et les autres personnes à faible revenu ou dans le besoin. Il y a une espèce d'attitude paternaliste envers les veuves, ce qui fait parfois du tort aux femmes, parce qu'on traite les veuves comme des personnes à charge dont le travail ne valait rien. On voit donc dans ce projet de loi le côté paternaliste plutôt que le côté négatif, mais c'est en fait une attitude discriminatoire envers les femmes qui ont été mariées.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Malépart; that will be your time. Next, Mr. Brisco, five minutes, and then Mr. Young.

Mr. Brisco: Thank you, Mr. Chairman. I would like to welcome our witnesses from the National Action Committee and applaud your efforts across a very broad horizon of issues. I can empathize with the concerns advanced in your brief.

• 2025

Let me say that the measure introduced by the Hon. Jake Epp is one I fought for in this committee from 1974 to 1979, and during that period I was a member of this standing committee. There were two people... Well, I should not isolate it to two; a number of us fought for this kind of legislation, the concern of widows, the concern of single women who were in a poverty situation, because I see it in my constituency.

Stanley Knowles was a very outspoken champion of this particular cause. But I am proud of the fact that it is on the record that I also, in front of Marc Lalonde and André Ouellet and others, was stonewalled in terms of this move.

In a period of six months the Conservative government has made this much of an advance, and I think it would be helpful to the National Action Committee if they were to acquire or review, if they have not had that opportunity already, the copy of *Hansard* for February 4, 1985, and read the comments by the member for Sudbury, Doug Frith. He recognizes the same problem that Mr. Epp recognizes, the same problem that you advanced today. Mr. Epp deals with it very early on in his remarks.

The bottom line—and I am sure you are aware of the numbers—is that what we are looking at now, with the implementation of what we have done, is \$190 million this year and \$350 million next year. If we were to take the additional step you have asked us to take—and I recognize that need—according to the Minister's figures you are looking at \$1.5 billion. So the question arises—and I think you responded to the hon. member opposite on that point—if we cannot afford coverage for all, do we not cover anyone? I think that question was put in a sense by that member, and I think you responded that it is better to do what we have done than to do nothing at all.

[Traduction]

Mrs. Dulude: I see two sorts of discrimination. First of all, clear and direct discrimination resulting from marital status. This is very evident in the bill. I would see some systemic discrimination in the distinction which is often made between widows and other persons with a low income or in need. There is a kind of paternalistic attitude towards widows which is sometimes detrimental to women since widows are treated as dependants whose work was of no value. We are therefore aware of a certain paternalism in this bill rather than negative aspects, and this is related to a discriminatory attitude towards women who have been married.

Le président: Je vous remercie, monsieur Malépart. Votre temps est écoulé. Monsieur Brisco, vous avez 5 minutes et ensuite ce sera le tour de M. Young.

M. Brisco: Merci, monsieur le président. J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins du Comité national d'action dont j'applaudis le travail dans différents domaines très variés. Je comprends fort bien les points de vue exprimés dans votre mémoire.

Je précise que j'ai combattu au sein de ce Comité de 1974 à 1979 pour faire adopter la mesure présentée par l'honorable Jake Epp alors que j'étais membre de ce Comité permanent. Il y avait deux personnes... Eh bien, je ne devrais pas limiter cela à deux; il y avait plus de deux personnes parmi nous qui ont combattu pour obtenir ce genre de loi qui tienne compte des veuves et des femmes célibataires dans le besoin, car j'en vois dans ma propre circonscription.

Stanley Knowles s'est fait le champion de cette cause. Cependant, je suis fier de dire qu'il est aisé de vérifier que moi aussi j'ai combattu Marc Lalonde, André Ouellet et d'autres qui opposaient une fin de non-recevoir à une telle évolution.

En six mois, le gouvernement conservateur a fait avancer les choses, et il serait utile que le Comité d'action national obtienne un exemplaire du Journal des débats du 4 février 1985 afin qu'il puisse y lire les propos tenus par le député de Sudbury, M. Douglas Frith. Ce dernier, tout comme M. Epp et vous-même, reconnaît l'existence de ce problème. M. Epp aborde d'ailleurs ce sujet, dès le début de ses remarques.

Je suis sûr que vous êtes au courant des chiffres relatifs à cette question, mais quoiqu'il en soit, au fond, ce que la mise en oeuvre de ces mesures nous fait envisager, ce sont des dépenses de 190 millions de dollars cette année et de 350 millions de dollars l'année prochaine. Si donc nous prenons la mesure supplémentaire que vous nous proposez, et dont je reconnais en passant la nécessité, d'après les données du ministre, cela entraîne des dépenses de 1.5 milliard de dollars. On peut donc se demander, étant donné qu'on ne peut protéger tout le monde, si on doit s'abstenir de protéger une partie de la population, et je crois d'ailleurs que vous avez répondu à cette question posée par un député de l'autre côté. Je crois en effet

[Text]

I think there was also reference to a challenge of the Constitution, and Mr. Frith of the Liberal Party deals with that. It is interesting to hear him reflect on the all-party agreement and the task force that dealt with this legislation, that led up to the introduction of this legislation. I will not read it into the record; it is there on the record of *Hansard* for all to read. But I would commend you to read the statement of Doug Frith and the statement of Jake Epp. I am sorry I do not have the statement of the NDP attached to my papers here, but I suspect it would be somewhat of the same nature.

So I ask you to consider the steps this government has taken in six months, in a period of economic hardship when the same people that you are concerned about, that I am concerned about, were still having economic hardships in the good days. Yet the government of the day refused to recognize that fact, and I am proud of the fact that our government has acted the way they have. I am sure they will expand their program as the opportunity prevails. I am sorry; something is better than nothing, and I am not ashamed of that fact. Thank you.

Ms Dulude: I would like to respond briefly.

The Chairman: Yes, you have two minutes. Mr. Brisco has used up five minutes of the seven we allowed Mr. Malépart, so we will allow you two minutes.

Ms Dulude: I want to make it clear that we are not singling out the Conservatives for criticism. That is not our . . .

• 2030

Mr. Brisco: Nor do I have that impression.

Ms Dulude: Let me elaborate. When the spouses' allowance was first introduced by the Liberals we criticized it for its very narrowness. In fact, this is when we adopted our present resolution that everyone who is needy between the ages of 60 and 64 should be covered. So we are non-partisan in our criticism. On the other hand, we want to say we realize that this is progress and we appreciate that this bill would improve the situation. This is something for which we give you credit.

On the other hand, even if you are absolutely certain that you cannot extend it now, I think that at the very minimum we would ask for a commitment that within a certain precise timeframe you would then go the longer route and extend the benefits to everyone in that age group without discrimination by reason of marital status. I think this would maybe satisfy at least part of the criticism you are hearing now on that count, and you might want to consider that approach.

The Chairman: Thank you, Ms Dulude, and thank you, Mr. Brisco.

[Translation]

qu'il l'a posée, et vous avez répondu qu'il est préférable de prendre les initiatives que nous avons prises plutôt que de ne rien faire.

On a également mentionné que la possibilité de contester la Constitution, et M. Frith du Parti libéral l'a proposé. Il est d'ailleurs intéressant de l'entendre parler de l'entente qui règne entre tous les partis à cet égard et du groupe de travail qui a mis au point ce projet de loi. Je ne lirai pas tout cela car on peut le trouver dans le *Journal des débats*. Je vous recommande cependant de lire la déclaration de M. Doug Frith ainsi que celle de M. Jake Epp. Je suis désolé de ne pas avoir la déclaration du NPD annexée à mes documents ici, mais je crois qu'elle va à peu près dans le même sens.

Je vous demande donc de tenir compte des mesures prises par ce gouvernement ces derniers six mois, dans une période de récession, alors que les personnes dont vous et moi nous soucions connaissaient des difficultés financières même lorsque la situation économique était bonne. Or, en dépit de cela, le gouvernement de l'époque refusait de reconnaître cet état de fait, et je suis donc fier que notre gouvernement ait pris des initiatives dans ce domaine. Je suis d'ailleurs sûr qu'il étendra davantage la portée de son programme au fur et à mesure que cela sera possible. Je suis désolé mais il vaut mieux en faire peu que ne rien faire du tout, et je ne rougis pas de cela. Merci.

Mme Dulude: J'aimerais répondre brièvement.

Le président: Oui, vous avez deux minutes. M. Brisco a déjà pris cinq des sept minutes que nous avons accordées à M. Malépart, nous allons donc vous accorder deux minutes.

Mme Dulude: Je tiens à préciser que nos critiques ne visent pas avant tout les Conservateurs. Cela n'est pas notre . . .

M. Brisco: Je n'ai pas non plus cette impression.

Mme Dulude: Permettez-moi de m'expliquer. Lorsque les Libéraux ont adopté des mesures accordant une allocation au conjoint, nous les avons critiqués pour la portée très limitée de cette aide. De fait, c'est alors que nous avons adopté la résolution que nous proposons encore et en vertu de laquelle toute personne âgée de 60 à 64 ans et se trouvant dans le besoin devrait pouvoir bénéficier de cette forme d'aide. Nos critiques ne sont donc pas partisans. Par ailleurs, nous nous rendons bien compte que les mesures proposées constituent un progrès et nous sommes d'avis que ce projet de loi améliorerait effectivement la situation. Nous vous en reconnaissons d'ailleurs le mérite.

Cependant, même si vous êtes absolument sûr de pouvoir étendre davantage la portée de ces mesures, nous allons certainement au moins vous demander de vous engager à le faire dans un délai précis afin que toutes les personnes de cette tranche d'âge bénéficient de cette allocation, sans discrimination en raison de sa situation de famille. Cela répondrait au moins à une partie des critiques qu'on vous adresse à cet égard, et vous voudrez donc peut-être y penser.

Le président: Merci, madame Dulude, et merci, monsieur Brisco.

[Texte]

Mr. Young, we will allow you between five and seven minutes.

Mr. Young: First, Mr. Chairman, I want to thank NAC for appearing before this committee and for again making an excellent presentation to it.

In the course of the hearings of this committee we have heard two main arguments, I think, from the government from extending the program. Both of these we have heard tonight again: fiscal restraint on the one hand and a belief, I think, that it is not a violation of the Charter of Rights and Freedoms.

We have argued on this side of the committee that, first, whether or not it is a violation or can be proved to be a violation of the charter, the argument based on need is certainly there and cannot be disputed, and it should be decided on that basis rather than on one of legality or whether or not there is discrimination. The basis of need has certainly been demonstrated; the need is certainly there and it should be addressed from that point of view.

That brings me to two points I would like to make.

The reference to the speeches that were made in the House earlier . . . The NDP does support the principle of the bill. We think it is a good step forward. It will help a good portion of people who need the help, but it obviously does not go far enough. We have argued, as Stanley Knowles, it has been pointed out, has argued for years, that pensions should not be based on marital status, but it seems to have been continued in this particular bill.

If the government were interested in removing that kind of discrimination against those individuals who happen not to be married when they come to pensionable age, and in this case they are eligible or could be eligible to receive the GIS, if the cost is the big stumbling-block then surely when governments can find money for other purposes quite easily, without much difficulty at all, they should be prepared to take a look at, say, the tax expenditure account, where there is an estimated \$10 billion in taxes out there which are not being collected for one reason or another in any given year. That \$1.5 billion to increase pensions for people who have their backs to the wall economically does not seem like a large amount compared to the amount of tax benefits that are being given away to people who do not necessarily need them, people who pay no income tax at all in any given year and who are in the high income levels.

You did not touch that, I think, in your presentation, and I wonder if NAC has looked at that at all and whether they are developing any arguments in that respect.

Ms Dulude: Yes, in fact NAC endorses all the remarks you have just made. You were not here when we appeared last month about the child benefits and the elderly benefits, but we made all those points several times.

[Traduction]

Monsieur Young, nous allons vous accorder entre cinq et sept minutes.

M. Young: D'abord, monsieur le président, je tiens à remercier le Comité d'action nationale d'avoir bien voulu témoigner devant notre Comité et d'avoir encore une fois présenté un excellent mémoire.

Lors des audiences tenues par notre Comité, nous avons entendu le gouvernement présenter deux arguments principaux pour justifier l'élargissement du programme. On nous les a d'ailleurs répétés encore ce soir: des mesures d'austérité fiscales d'une part, et la conviction, je crois, qu'il n'y a pas violation des dispositions de la Charte des droits et libertés.

Quant à nous, de ce côté-ci de la table, nous avons affirmé, qu'il y ait ou pas violation de la Charte, et qu'il soit possible de le prouver ou non, l'argument fondé sur le principe du besoin ne peut être mis en question, et c'est sur ce principe que devrait reposer la décision plutôt que sur l'aspect légalité ou discrimination. On a certainement montré le bien-fondé du principe du besoin. Ces besoins existent et l'on doit en tenir compte.

Cela m'amène à deux autres points.

On s'est reporté aux discours faits à la Chambre il y a quelque temps . . . A cet égard, le NPD appuie effectivement le principe du projet de loi. Nous estimons qu'il s'agit d'un pas en avant. Cette mesure aidera bon nombre des personnes ayant besoin d'aide, mais elle ne va manifestement pas assez loin. Nous avons maintenu, comme d'ailleurs M. Stanley Knowles, qui l'a fait pendant des années, que les pensions ne doivent pas se fonder sur la situation de famille; or, il semble que cet usage continue d'exister, à en juger par ce projet de loi.

Si le gouvernement s'intéresse vraiment à l'élimination de cette forme de discrimination à l'égard des retraités célibataires, qui, dans ce cas, sont admissibles ou peuvent devenir admissibles au supplément de revenu garanti, et si le principal obstacle est le coût que représentent de telles mesures, étant donné que les gouvernements peuvent très facilement trouver de l'argent à d'autres fins, ils devraient être disposés à étudier le compte des recettes fiscales, car on estime que, chaque année, il y a 10 milliards de dollars de taxes qui ne sont pas perçues pour une raison quelconque. La somme de 1.5 milliard de dollars nécessaire pour augmenter les prestations de retraite des personnes connaissant de grandes difficultés financières ne me paraît pas très élevé lorsqu'elle est comparée aux avantages fiscaux accordés à des personnes qui n'en n'ont pas nécessairement besoin, c'est-à-dire ceux et celles qui ne paient aucun impôt et qui gagnent des revenus très élevés.

Je ne crois pas que votre mémoire ait abordé cette question, je me demande donc si le Comité d'action nationale l'a étudiée et s'il expose des idées là-dessus.

Mme Dulude: Oui, de fait le Comité d'action nationale reprend à son compte toutes les remarques que vous venez de faire. Vous n'étiez pas ici lorsque nous avons témoigné le mois dernier au sujet des allocations aux enfants à charge et des allocations aux personnes âgées, mais nous avons fait valoir ces mêmes points à maintes reprises.

[Text]

• 2035

The tax expenditure sector is where, if the government argues it has no money, it should look and look hard. We believe the money is there. It is a matter of having different priorities from the present ones. We very much urge the government to do that and hope there will be at least a beginning in the forthcoming budget.

Mr. Young: One last question, Mr. Chairman. There is a philosophy being presented here too, that people should be encouraged to save for their own retirement years. I have argued in the past, and would argue tonight—and I am glad to see that you have made the point—that the people we are talking about were at the low end of the income scale. Even if they had all the benefits provided to the high-income earners through the tax-expenditure account, they just would not have been able to put that kind of money away, in RRSPs or anything else, to save for their own retirement. They are mainly in ghettoized jobs, many of them, single women in particular.

We had a witness the other day, a Miss Cheevers, who has appeared before the task force on pension reform and other things. She is a typical elderly person. It was expected that she, as the female in the family, would stay home and look after the elderly parents. She did not enter the workforce until she was, I think she said, age 55. She had 10 productive years in the workforce before she could even become qualified for a pension. During that time, she just did not have the opportunity to save for her retirement; the income she had was not sufficient to do so in any event.

So I think the argument that people are expected to save for their retirement is one that belongs in the 18th century, quite frankly. Most people today, with high inflation and uncertain economic times, are just not able to do that, even if they were before, which I doubt very much.

I would make another argument, that making savings through the income-tax structure and providing for adequate public pensions at age 65 is the same thing as saving in a bank account. I wonder if you have given any consideration to that argument.

The Chairman: A one-minute answer, if you can, Ms Dulude.

Ms Dulude: I can go on for hours on that. To add more than to change what you said, I would say that one of the most difficult things is that these women were not in fact living in poverty most of their lives. They were in middle-income families. They personally did not have much of an income, but between themselves and their husbands, they were quite well off until they became widowed or divorced. Then the bottom fell out of their lives; they were not protected because the pension system did not provide them personal protection. They did not have enough earnings of their own. There were not enough savings in the family to support . . . even if the husband does not die, there is not enough to support them both, because

[Translation]

Ce sont les recettes fiscales que le gouvernement devrait examiner et même scruter. En effet, nous croyons que l'argent s'y trouve. Il ne s'agit que d'avoir des priorités différentes de celle que nous avons actuellement. Nous pressons donc le gouvernement de le faire, et espérons pouvoir en observer une première manifestation dans le prochain budget.

M. Young: Une dernière question, monsieur le président. En ce moment, on avance aussi l'idée qu'il faut encourager les gens à économiser eux-mêmes en prévision de leurs années de retraite. Or, je vais reprendre un argument que j'ai souvent servi par le passé et que vous avez, à mon grand plaisir, utilisé, à savoir que les personnes dont nous parlons se trouvent vraiment au bas de l'échelle des revenus. En conséquence, même si elles avaient bénéficié de tous les avantages fiscaux accordés aux personnes à revenus élevés, elles n'auraient tout simplement pas été capables de placer cet argent, ni dans les REER ni dans d'autres comptes afin d'épargner en prévision de leur retraite. Bon nombre d'entre elles occupent surtout les mauvais emplois, en particulier les femmes célibataires.

L'autre jour, nous avons entendu le témoignage de M^{lle} Cheevers, qui a déjà témoigné devant le groupe de travail sur la réforme des pensions, etc. Elle est très représentative des personnes âgées. Étant donné que c'était la fille dans la famille, on s'attendait à ce qu'elle reste à la maison pour s'occuper de ses parents âgés. Elle n'est donc pas entrée dans la population active avant d'avoir atteint, je crois qu'elle nous a dit, 55 ans. Elle a donc eu 10 années productives dans la population active avant d'avoir droit à une pension. Pendant ce temps, elle n'a tout simplement pas pu économiser en prévision de sa retraite. Car son revenu n'était pas suffisant pour le lui permettre.

En conséquence l'idée d'encourager les gens à économiser me paraît dater du dix-huitième siècle. Aujourd'hui, étant donné l'inflation très soutenue et l'incertitude économique, la plupart des gens ne peuvent tout simplement pas faire cela, même s'ils le pouvaient auparavant, ce dont je doute fort.

J'ajouterai également que le fait d'épargner par le truchement des mécanismes fiscaux et de prévoir des régimes de retraite publics satisfaisants à 65 ans est la même chose que d'ouvrir un compte d'épargne dans une banque. J'aimerais savoir si vous avez songé à cela.

Le président: Répondez en 1 minute si vous le pouvez s'il vous plaît, madame Dulude.

Mme Dulude: Je pourrais poursuivre pendant des heures là-dessus. Ce serait davantage pour ajouter à ce que vous avez dit plutôt que pour le modifier, et à cet égard, l'une des choses les plus pénibles, c'est que ces femmes n'ont pas vécu dans le besoin pendant la plus grande partie de leur vie. Elles faisaient en effet partie de familles de la classe moyenne. Elles n'avaient pas beaucoup de revenus personnels, mais lorsqu'elles vivaient avec leur mari, elles étaient très à l'aise et le sont demeurées jusqu'à leur divorce ou au décès de leur conjoint. C'est alors que la catastrophe s'est produite dans leur vie; elles n'étaient pas protégées du fait que les régimes de pension ne leur accordaient pas de protection personnelle. Elles n'avaient pas

[Texte]

we do not have an adequate public pension system in this country.

Of course, the Canada Pension Plan is not government taking money away from the people; it is the government making people save themselves for their old age. If you want to encourage people to save, the best thing to do is to expand the Canada Pension Plan, as we have recommended.

The Chairman: Thank you, Ms Dulude.

I am in the committee's hands. We are past the half-hour mark. If anybody else now wishes to question these witnesses, we will take more time. It will drag us on later. What is the wish of the committee?

Mrs. Finestone: I would like to, if I may, Mr. Chairman. As a first arrival, I sort of feel, first come, first served.

The Chairman: I think you deserve that opportunity.

Mrs. Finestone: Thank you very much.

The Chairman: Could we cut it down to three or four minutes, if you can?

Mrs. Finestone: I certainly will. Actually, I had some initial comments to make, but as per usual and in the fashion of NAC, you have presented us with some very thoughtful ideas, all of which I find very easy to support, to say the least. The one thing I cannot support is the \$1.5 billion alluded to and the case being made for that.

First of all, it is my view that if you extend the widow and widowers, and the single, divorced and separated, you are looking at \$625 million. By adding the 80,000 people we were referring to who fall into the single, divorced and separated category, that is approximately the figure you are looking at. You are adding \$300 million and you have a social welfare savings component in there that adds up to about \$38 million. So we are really talking about \$625 million less \$38 million, if you cover at least the singles in the broadest sense of the word.

• 2040

The second observation I would want to make—and I think I would find some support in that position—is a case of choosing one's priorities. Whether you are talking about the tax expenditure sector, or whether you are looking at a government who has decided to put a first priority in the area of military spending at \$2.5 billion in terms of even the income tax break for the oil industry, or \$650 million into defence, and \$56 million into uniforms, I think we could find some way in

[Traduction]

gagné suffisamment d'argent. Il n'y avait pas assez d'économies dans la famille pour leur venir en aide... dans certains cas, même si le mari ne meurt pas, il n'y a pas assez d'argent pour subvenir aux besoins des deux conjoints étant donné que nous ne disposons pas d'un système de pension satisfaisant dans notre pays.

Bien entendu, en vertu du régime de pension du Canada, le gouvernement ne prend pas d'argent dans la poche des contribuables, il leur demande plutôt d'économiser eux-mêmes en prévision de leur vieillesse. Alors si vous voulez encourager les gens à économiser, la meilleure chose à faire est d'étendre les dispositions du régime de pension du Canada ainsi que nous l'avons recommandé.

Le président: Merci, madame Dulude.

Je m'en remets à la décision du Comité. Nous venons de passer la demie. Si quelqu'un d'autre souhaite interroger ces témoins, nous allons le lui permettre mais cela prolongera d'autant notre séance. Que voulez-vous faire?

Mme Finestone: Si vous permettez, j'aimerais intervenir, monsieur le président. Étant donné que je suis arrivée la première, je me dis que les premiers arrivés devraient être les premiers servis.

Le président: Vous méritez bien de pouvoir intervenir.

Mme Finestone: Merci beaucoup.

Le président: Pouvez-vous limiter votre intervention à 3 ou 4 minutes, si c'est possible?

Mme Finestone: Certainement. En fait, j'avais vraiment certaines remarques à faire mais comme c'est d'habitude le cas avec le Comité d'action nationale, les témoins nous ont présenté des idées fort stimulantes, que je peux toutes appuyer sans réserve, c'est le moins que je puisse dire. Toutefois, s'il y a une chose que je ne puis supporter, c'est la mention des 1.5 milliard de dollars et les arguments qui s'y rapportent.

D'abord, à mon avis, si vous élargissez la protection aux veufs et aux veuves ainsi qu'aux personnes divorcées et séparées et aux célibataires, cela entraîne des dépenses de 625,000,000\$. En ajoutant les 80,000 personnes que nous avons mentionnées et qui sont célibataires, divorcées ou séparées, cela donne à peu près le montant que je viens de vous citer. Vous ajoutez 300 millions de dollars et vous avez en même temps un fonds d'épargne au titre du bien-être social, qui se monte à environ \$38 millions. Il s'agit donc vraiment de \$625 millions, moins \$38 millions, si l'on englobe au moins les célibataires au sens le plus large du terme.

En second lieu, et à cet égard je crois que vous m'appuierez, il s'agit de choisir ses priorités. Il s'agit donc d'accorder la priorité soit aux dépenses fiscales, soit comme le gouvernement actuel à des dépenses militaires de \$2.5 milliards et aux avantages fiscaux à consentir à l'industrie pétrolière, ou encore \$650 millions à la défense, dont 56 millions de dollars pour l'achat d'uniforme. Il me semble qu'on pourrait réorienter la politique sociale afin de nous occuper de ces personnes qui sont vraiment laissées pour compte.

[Text]

which one could perhaps redirect the social policy and look after that particular segment who are being left out.

That being said, I do not want to develop the case for that sector any longer. I think you have done a fine job with the questions that have been asked by the others.

I would like to ask you if you would mind expanding perhaps the concept you outlined in saving for one's old age, which I would agree with, in terms of the Canada Pension Plan. Where you talk about the mandatory and automatic splitting of the Canada Pension Plan credits, are you talking about at a given age, let us say 60, that there would be the automatic splitting up, outside of separation and divorce?

Are you talking about increasing the average and up-to-the-average industrial wage in terms of the pay-out when you talk about the homemakers? I wonder if you would just perhaps address a few words with respect to (a) the pension credit split, and (b) your concept of homemaker; and do you see that the amount presently paid needs to be increased in some sense, related to the target which was the average industrial wage at one point?

Ms Dulude: Briefly, on the three main points covered, right now even women who are in the labour force full time are not participating to much of an extent in private pension plans, employer-sponsored pension plans. Less than a third of women are in these plans, compared to half of the men. And even the people who participate in these plans are not sure to get anything out of them.

That alone, plus many other factors, the main ones are that employers' plans are not usually indexed to the cost of living and they do not provide such a thing as a drop-out provision for women while they take care of their young children. Make it that the Canada Pension Plan is vastly superior for women; that if you want to give adequate coverage to female earners, the only way to do it is to broaden the scope of the Canada Pension Plan so that it will not only protect 25% of earnings, but will give them more than that. This is the first point. And this would not touch the ceiling. It would just be giving a larger percentage of the earnings up to that same ceiling which would be the average wage.

The second, the mandatory and automatic splitting of credits between the spouses, our recommendation is that this take place on both occasions, at the age of 65 and on divorce.

And speaking of divorce, the recommendations that were made by the Liberal government previously, and by the Government of Quebec recently, and the Ontario government, they all say up front; that it would be mandatory. But if you look at the fine print, they say "mandatory unless the spouses opt out". That is not mandatory. Because in fact, women who divorce under tremendous pressure, they have no money in most cases so they will sell their pension birthright for very

[Translation]

Cela étant dit, je n'ai pas l'intention de développer davantage mes arguments en faveur de cette cause. Vous-même vous en êtes très bien acquitté en répondant aux questions qui vous ont été posées par les autres.

Par ailleurs, j'aimerais vous demander de développer quelque peu votre idée de faire des économies en prévision de la vieillesse, et ce grâce au Régime de pensions du Canada, et je précise que je suis d'accord avec vous. Vous parlez du partage obligatoire et automatique des crédits donnant droit au Régime de pensions du Canada; cela signifie-t-il que ce partage doit avoir lieu à un âge fixe, par exemple 60 ans, sans qu'il y ait nécessairement eu séparation ou divorce?

Avez-vous songé à demander l'augmentation du salaire industriel moyen lorsque vous envisagez de vous en servir pour fonder l'allocation au conjoint à la maison? J'aimerais donc que vous nous disiez ce que vous entendez premièrement, par le partage des crédits donnant droit à la pension, et deuxièmement, par le conjoint à la maison. En outre, croyez-vous que les sommes accordées présentement doivent être augmentées en fonction du salaire industriel moyen?

Mme Dulude: Brièvement, au sujet de ces trois points, à l'heure actuelle, même les femmes travaillant dans la population active à plein temps ne participent pas beaucoup aux régimes de pension privés. Moins d'un tiers des femmes souscrivent à un régime de pension, alors que la moitié des hommes le font. En outre, même ceux qui souscrivent à ces régimes ne sont pas sûrs d'en bénéficier.

Rien que cela est important, mais il y a d'autres facteurs, en particulier le fait que les régimes des employeurs ne sont pas d'habitude indexés au coût de la vie et ne prévoient pas non plus de dispositions relatives à l'interruption du travail, dans le cas des femmes s'occupant de leurs jeunes enfants. Faites en sorte que le Régime de pensions du Canada soit bien supérieur à l'endroit des femmes; si vous voulez protéger les femmes travailleuses de façon satisfaisante, la seule façon d'y arriver est d'élargir la portée du Régime de pensions du Canada de telle sorte qu'il ne corresponde pas seulement à 25 p. 100 des gains cotisables, mais qu'il leur donne beaucoup plus. Voilà pour ma première remarque. J'ajoute que cela ne toucherait pas le maximum. Il s'agirait simplement de tenir compte d'un pourcentage plus élevé des gains jusqu'à concurrence du même maximum, qui correspondrait toujours au salaire moyen.

En second lieu, au sujet du partage obligatoire et automatique des crédits entre les conjoints, nous recommandons qu'il ait lieu lors des deux occasions suivantes, c'est-à-dire à l'âge de 65 ans et au divorce.

Justement au sujet du divorce, les recommandations déjà faites par le précédent gouvernement libéral, par le gouvernement du Québec récemment et par celui de l'Ontario, précisent toutes dès le départ que ce partage sera obligatoire. Toutefois, si vous regardez bien toutes les dispositions, vous y verrez qu'il s'agit de partage «obligatoire à moins que les époux ne choisissent de ne pas le faire». Il ne s'agit donc pas d'une disposition obligatoire. N'oublions pas que les femmes qui sont

[Texte]

little money, and this is what happens in every case. That is why we should not allow any opting out any more than we allow employees to sell their Canada Pension Plan credits. This is something that I am glad to have the opportunity to underline, that we are absolutely opposed to that sort of opting out of the splitting that is being proposed.

And the third point, the direct coverage of homemakers, what happens in the case where the woman was outside the labour force is that splitting will only divide the husband's pension in two. This means they will have two inadequate pensions, and it will not add anything in the pot to recognize the value of the woman's own work. And the value of the woman's work in the home needs replacement as much as that of the man's work outside, because that work diminishes in value as she gets older.

Homemakers' work does not continue until they die; they get old and they cannot render the same services in the home. That is why we need outside homemakers to come and clean. We need people to bring meals on wheels to replace the meals that elderly homemakers are not able to give any more. So the value of the work of homemakers needs to be replaced too. You need to have this built into the Canada Pension Plan. And the way to do that is through direct coverage of homemakers that will give them a right to a pension of their own and will also be shareable with their husbands. This is why we are recommending this very strongly and feel that women who work in the home will not be treated fairly until this comes about.

• 2045

Often people think it is a choice between splitting and a homemaker pension. It is not a choice. Both must be done if they are to be treated fairly.

The Chairman: Thank you, Ms Dulude.

M. Malépart: J'aurais une brève question.

The Chairman: We are way over time, Mr. Malépart.

M. Malépart: On n'est pas pressé, on a toute la nuit, monsieur le président. On est des gens travaillants. Je pense que c'est un sujet très important et qu'il ne faudrait pas faire venir des gens de si loin simplement pour une courte séance.

Je crois que vous avez soulevé un bon point lorsque vous avez répondu à un de nos collègues en ce qui concerne l'accord de votre groupe à l'établissement, par le gouvernement, d'un calendrier qui indiquerait les étapes que le gouvernement s'engagerait à réaliser dans la réforme des pensions. Je souhaiterais—et je pense que tout le monde le souhaiterait aussi—que le gouvernement s'occupe de toutes les personnes seules dès maintenant. S'il ne le peut pas, pour des raisons de choix qu'il respectera lui-même, qu'il s'occupe des veuves cette

[Traduction]

en train de divorcer sont dans une situation très pénible, elles n'ont pas d'argent dans la plupart des cas, elles vendent donc leur droit à une pension contre très peu, et c'est ce qui se passe dans tous les cas. Pour cette raison, nous ne devrions pas permettre qu'il soit possible de refuser ce partage de crédit, pas plus d'ailleurs que nous ne permettons aux employés de vendre leur crédit au Régime de pensions du Canada. Je suis heureuse de souligner que nous nous opposons absolument à ce qu'on puisse refuser le partage des crédits comme on semble le proposer.

Pour ce qui est du troisième point, la protection du conjoint à la maison, dans le cas où la femme n'était pas dans la population active, le partage ne fera que diviser la pension du mari en deux. Cela signifie qu'il y aura deux pension insuffisantes, et cela ne fera rien pour reconnaître la valeur du travail effectué par les femmes à la maison. Les femmes qui sont restées au foyer devraient également avoir droit à la retraite comme c'est le cas pour les hommes qui travaillent en dehors du foyer, car à mesure qu'elles vieillissent, la qualité de ses travaux diminuent.

Elles ne devraient pas continuer à effectuer ces travaux jusqu'à leur mort; après tout, elles vieillissent et ne peuvent rendre les mêmes services à la maison. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin d'aides familiales qui viennent faire le ménage, qui apportent des repas pour remplacer ceux qu'elles ne peuvent plus faire. Il faut donc remplacer les travaux effectués par les personnes au foyer. Le Régime de pensions du Canada devrait en tenir compte en leur assurant une pension de retraite qu'elles pourraient partager avec leur conjoint. C'est la raison pour laquelle cette recommandation nous tient à cœur et nous estimons que les femmes au foyer ne seront pas traitées de façon équitable tant que cette mesure ne verra pas le jour.

Beaucoup pensent qu'il faut choisir entre accorder une pension de retraite à une personne au foyer et partager en deux les points de retraite du mari. Mais ce n'est pas une question de choix. Les deux sont essentiels si les femmes doivent être traitées de façon équitable.

Le président: Merci, madame Dulude.

Mr. Malépart: I have a short question.

Le président: Nous sommes très en retard.

Mr. Malépart: We are in no hurry, we have got all night, Mr. Chairman. We are hard working people. This is a very important issue and witnesses should not have to travel such a distance for a short meeting.

I think you raised a good point in reply to one of our colleagues when you mentioned that your group would be favourable to a time frame to be established by the government for the progressive implementation of pension reform. I for one—and I am sure everyone else agrees—would like to see the government come to the assistance of all needy single people immediately. If this is impossible because certain priorities must be complied with, let it improve conditions for widows this year, let it deal with single separated or divorced

[Text]

année, l'an prochain, lors du prochain budget, il s'occupera de tous les célibataires, des personnes séparées ou divorcées et l'année suivante, il s'occupera des couples dans le besoin. Je pense que votre groupe apprécierait grandement si le ministre et le gouvernement s'engageaient à procéder de cette façon, par étape. Ainsi, l'ensemble de la population saurait à l'avance quels sont les besoins. J'aimerais connaître vos commentaires à ce sujet.

Mme Dulude: Je pense que ce serait essentiel pour démontrer la bonne volonté du gouvernement à cet égard et sa volonté de vouloir rendre la situation équitable dans un délai raisonnable.

The Chairman: Thank you very much. I think we had better move on.

Thank you ladies for being with us again. We appreciate your testimony and your willingness to answer questions.

May we now ask the representative from the National Anti-Poverty Organization, Mr. Patrick Johnston, to join us here at the table? Mr. Johnston is the Executive Director of NAPO.

Mr. Johnston, if you have a statement to make or a brief to read we would entertain that now, or questions.

Mr. P. Johnston (Executive Director, National Anti-Poverty Organization): Thank you, Mr. Chairman. I first would like to thank the committee for the invitation to appear and also to apologize for the fact that I am here by myself. Usually I bring one of my board members with me. The timing of this meeting was good in one sense, in that this is the one week all year when NAPO's full board of directors is in town. On the other hand, the timing was not so good because they are very busy tonight planning future priorities for NAPO and they felt that had to be their priority since they are only together once a year, so they asked me to come along on my own.

On behalf of NAPO I would first like to commend the government for its swift introduction of Bill C-26 in response to the promise contained in the Speech from the Throne. Given that the general rate of poverty in Canada has been increasing during the last several years and given that women, elderly women, are particularly affected, this bill is welcome. There is no doubt it will ease the financial and I suggest also the emotional stress experienced by the estimated 85,000 widows and widowers between the ages of 60 and 64 who will benefit from the proposed expansion of the spouses' allowance program.

While we support the speedy passage of the bill, there are a number of points we would like to raise and to see addressed at some point. I suppose the first one I would like to speak to is an issue that, quite frankly, mystified us as we got into it. And it concerns an apparent anomaly in the amount of the spouses allowance benefit that quite honestly I was not aware of until we started to take a look at this.

[Translation]

people in the next budget, and with needy couples the following year. Should the Minister and the government commit themselves to this type of step-by-step procedure, I am sure your group would greatly appreciate it. In this way, the entire population would know in advance which needs were to be addressed. I would like to hear your comments.

Mrs. Dulude: I think this would be essential if the government is to demonstrate its good will in this regard, as well as its wish to redress an unjust situation within a reasonable period of time.

Le président: Merci beaucoup. Nous ferions mieux de nous dépêcher.

Je vous remercie, mesdames, d'être venues de nouveau. Nous vous remercions de votre témoignage et des réponses que vous nous avez données.

Puis-je maintenant demander au représentant de l'Organisation nationale anti-pauvreté, M. Patrick Johnston, de se présenter à la table. M. Johnston est directeur administratif de l'Organisation nationale anti-pauvreté.

Monsieur Johnston, avez-vous des observations à faire, un mémoire à lire, ou voulez-vous qu'on passe immédiatement aux questions?

M. P. Johnston (directeur administratif, Organisation nationale anti-pauvreté): Merci, monsieur le président. Je voudrais tout d'abord remercier le Comité de l'invitation qu'il m'a faite et également m'excuser d'être ici tout seul ce soir. Je suis en général accompagné d'un membre du conseil. Cette réunion vient à point nommé en un sens, car le conseil d'administration tout entier de l'ONAP ne se réunit qu'une semaine par an, et c'est cette semaine. Par contre, elle ne vient pas à point nommé dans la mesure où les membres du conseil planifient ce soir les priorités de notre organisation et ont estimé qu'ils devaient y travailler puisqu'ils ne se réunissent qu'une fois par an. C'est pourquoi ils m'ont demandé de bien vouloir venir seul.

Au nom de l'Organisation nationale anti-pauvreté, j'aimerais tout d'abord féliciter le gouvernement d'avoir rapidement présenté le projet de loi C-26 en réponse à la promesse contenue dans le dernier discours du Trône. Le nombre des démunis n'ayant cessé d'augmenter au Canada au cours des dernières années, particulièrement chez les femmes, et surtout les femmes âgées, ce projet de loi est des plus opportuns. Il contribuera à alléger le fardeau financier et peut-être aussi les problèmes personnels des quelque 85,000 veuves et veufs de 60 à 64 ans qui bénéficieront de l'élargissement proposé du programme d'allocation au conjoint.

Même si nous souhaitons que ce projet de loi soit rapidement adopté, le Comité devrait se pencher sur plusieurs autres points. Le premier de ces points nous a tout particulièrement étonné lorsque nous l'avons étudié. Il porte sur une anomalie manifeste du montant des prestations versées sous forme d'allocation au conjoint, anomalie que nous ignorions totalement avant de commencer cette étude.

[Texte]

• 2050

It is NAPO's understanding that the amount of the current maximum spouses allowance benefit paid to needy people between 60 and 65 who are married to GIS recipients is the equivalent of and is intended to be the equivalent of the maximum OAS/GIS benefit provided to each spouse where they are both over 65 years of age. And in each instance the current benefit is approximately \$490. This principle of equivalency, which we have termed it, strikes us as being entirely logical, making a great deal of sense. Obviously, the material needs of the 66-year-old spouse entitled to the maximum OAS/GIS benefits are not likely to differ that much from the material needs of a 63-year-old spouse in receipt of maximum spousal allowance benefits.

The problem is that when you look at single people, this equivalency principle does not seem to apply. Quite frankly, given that we are talking about the extension of a program to single people, widows and widowers, it is of particular concern to us. I think the majority of people who perhaps have not really looked at this issue in any great detail, now assume that the amount of the spouses allowance benefit that we are talking about is going to be the equivalent of the maximum OAS/GIS benefit available to a single person over the age of 65. In fact, it is not. As it now stands, a single person 65 and older is entitled to an OAS benefit of approximately \$276 and the maximum GIS benefit of \$328, for a combined maximum monthly benefit of \$605.20, or \$7,262 in a year.

The current maximum extended spouses allowance that is paid to recipients whose pensioner spouse is deceased is \$541 a month, or \$6,499.44 a year. The differential rate between the maximum extended spouses allowance for single people and the maximum OAS/GIS benefit for single people is in the order of \$760 per year. While there may be some logical explanation for this kind of discrepancy, we have not heard it, and I think, quite frankly, that it is really the result of an historical fluke. As I understand it, when the spouses allowance was first introduced it was really only extended to married people. Therefore, the equivalency rate was obvious. Then, when it was altered and extended to certain people who are no longer married, that is when we started to get away from this idea that the amount of the benefit should be equal, whether we are talking about people who are close to 65 or over 65. I think the problem is that ever since then, the discrepancy has never been rectified.

I suggest again that I suspect a large number of people are not even aware that there is this kind of discrepancy. And I think it is important to point out that this is a significant discrepancy we are talking about: \$760 for the people we are talking about is a significant amount of money. I would just remind members of the committee that the National Council of Welfare's estimate of the poverty line for 1984 for single, unattached individuals varies between \$7,500 in rural areas and a little more than \$10,000 in urban centres.

[Traduction]

Actuellement, le montant maximal des prestations d'allocation au conjoint versées aux personnes dans le besoin qui ont de 60 à 65 ans et qui sont mariées à des bénéficiaires du supplément du revenu garanti équivaut, conformément à l'objectif visé, au maximum des prestations de sécurité de la vieillesse et de supplément de revenu garanti versées à chacun des conjoints âgé de plus de 65 ans. Dans chacun de ces cas, ces prestations s'élèvent à environ 490\$. Ce principe de l'équivalence, comme nous l'avons appelé, nous semble tout à fait logique et parfaitement défendable. De toute évidence, les besoins matériels d'un conjoint de 66 ans qui a droit aux prestations maximales de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti ne devraient pas normalement différer beaucoup de ceux d'un conjoint de 63 ans qui touche les prestations maximales d'allocation au conjoint.

L'ennui, c'est que le principe de l'équivalence ne semble pas s'appliquer aux personnes seules. Très franchement, cette question nous préoccupe d'autant plus que nous discutons de l'élargissement d'un programme à des personnes seules, aux veufs et aux veuves. Sans doute la plupart de ceux qui n'ont pas étudié cette question en détail supposent que le montant des prestations d'allocation au conjoint qu'ils recevront représentera la contre-valeur des prestations maximales de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti, versées à une personne seule de plus de 65 ans. En fait, ce n'est pas le cas. Pour l'instant, une personne seule âgée de 65 ans a droit à des prestations de sécurité de la vieillesse d'environ 276\$ et à des prestations du supplément de revenu garanti de 328\$, pour un total de 605.20\$ par mois ou de 7,262\$ par an.

Actuellement, les prestations maximales d'allocation au conjoint versées au bénéficiaire dont le conjoint pensionné est décédé sont de 541\$ par mois ou de 6,499.44\$ par an. La différence entre le montant maximal de l'allocation au conjoint versée aux personnes seules et les prestations maximales de sécurité de la vieillesse et de supplément de revenu garanti versées aux personnes seules est d'environ 760\$ par an. S'il existe une explication logique à cet écart, nous n'en avons jamais entendu parler, et je crois qu'il s'agit plutôt d'une erreur qui s'est perpétuée au fil des ans. Si je comprends bien, lorsque l'allocation au conjoint a été introduite, elle n'était versée qu'au conjoint marié. Par conséquent, le principe de l'équivalence s'appliquait. Mais lorsqu'elle a été modifiée afin que les prestations soient aussi versées à certaines personnes qui n'étaient plus mariées, c'est alors que nous avons commencé à nous écarter du principe de l'équivalence, que les ayants droits aient près de 65 ou 65 révolus. Depuis lors, cet écart n'a jamais été comblé.

Je le répète, je crois qu'un grand nombre de personnes ne savent même pas que cet écart existe. Il me semble important d'insister sur le fait que cet écart est de 760\$, ce qui, pour les personnes dont nous parlons, représente beaucoup d'argent. Je voudrais simplement rappeler aux membres du comité, que selon le Conseil national du Bien-être social, le seuil de pauvreté pour une personne seule, en 1984, varie entre 7,500\$ pour ceux qui vivent dans les régions rurales et un peu plus de 10,000\$ pour ceux qui vivent dans les centres urbains.

[Text]

So we suggest the committee take a serious look at rectifying that problem and increasing the amount of the spouses allowance benefit for widows and widowers so it is the equivalent of the maximum OAS/GIS benefit for single people 65 years of age and over.

NAPO also shares the concern, as I know you have heard from a number of other organizations, about the fact that there are—as much as we welcome this bill—a significant number of people who will not benefit from it. I am referring to those maybe 80,000 people between 60 and 65 who are single, divorced or separated.

• 2055

I understand people have suggested that if we were to extend the spouse's allowance benefit to include needy people between 60 and 65 who are single, divorced, separated, we should probably also make it available to married couples in that age category who are also in need. Quite frankly, NAPO has absolutely no difficulty supporting that proposition and quite seriously thinks it should be given serious consideration by the committee.

As a priority, NAPO believes the initial expansion of the spouse's allowance should be aimed at those single, separated, and divorced people. With the estimated 250,000 married people who might benefit or qualify, we would not even be able to call it a "spouse's allowance" any more. But that would probably be best done in a more prudent fashion. It would seem to us the program could be expanded perhaps gradually over several years, with the qualifying age for couples being reduced year by year from 64 to 60, eventually.

Obviously that kind of an increase, whether we are talking about the increase just to single, separated, and divorced people or to married couples in need between 60 and 65, is going to entail a significant increase in the cost to the federal treasury. I think Mr. Brisco mentioned the estimated cost as \$1.5 million. It was my understanding that the Minister estimated it was approximately \$1.2 million to extend to single and separated as well as married couples. But it is a significant amount of money.

We would suggest, though . . . and to be perfectly honest, we have not had the time, nor does anybody have the resources, to do the kind of in-depth study on this next point . . . but I am quite intrigued about the implications of that kind of a move in employment, or rather unemployment. It seems to me if we consider the expansion of a spouse's allowance program not only to single, separated, and divorced individuals' needs but to married couples in need, between 60 and 65, what we are really talking about is an optional early retirement program that may in fact serve to induce some Canadians over the age of 60 to leave jobs, especially low-paying jobs. If that in fact happens, what may happen is that it will increase employment opportunities especially suited to younger Canadians.

Quite frankly, if there is any positive benefit that will result from this kind of a change, a positive benefit in employment increases, then I think that in itself warrants a very close look

[Translation]

Nous demandons donc au Comité qu'il envisage sérieusement de résoudre ce problème et d'augmenter le montant des prestations d'allocation au conjoint versées aux veufs et aux veuves pour qu'elles correspondent aux prestations maximales de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti versées aux personnes seules de 65 et plus.

L'ONAP s'inquiète également, comme de nombreuses autres organisations vous l'ont dit, de voir que ce projet de loi, même si nous l'accueillons à bras ouvert, laisse de côté un nombre important de personnes. Je fais allusion aux quelques 80,000 personnes de 60 à 65 ans qui sont seules, divorcées ou séparées.

Certains estiment que si le programme d'allocation au conjoint était élargi de manière à inclure toutes les personnes dans le besoin de 60 à 65 ans qui sont seules, divorcées ou séparées, il faudrait aussi en faire bénéficier les couples mariés dans le besoin qui font partie de ce groupe d'âge. L'ONAP ne voit pas pourquoi elle n'approuverait pas cette proposition et estime que le Comité devra sérieusement l'envisager.

Dans un premier temps, l'Organisation croit que le programme d'allocation au conjoint devrait être élargi aux personnes seules, séparées ou divorcées. Étant donné que quelque 250,000 personnes mariées y auraient droit, on ne pourrait plus parler «d'allocation au conjoint». Mais nous pourrions procéder avec plus de prudence. Il conviendrait peut-être d'élargir le programme de façon graduelle, en l'étalant sur plusieurs années et en réduisant d'année en année de 64 à 60 ans l'âge auquel les couples pourraient avoir droit à ces prestations.

Il est manifeste que cet élargissement aux personnes seules, séparées ou divorcées ou même aux couples mariés dans le besoin de 60 à 65 ans, augmentera les coûts pour le trésor fédéral. M. Brisco a parlé, je crois, de 1,5 million de dollars. Le ministre, lui, a estimé ces coûts à environ 1,2 million de dollars. De toute façon cela représente de grosses sommes d'argent.

Nous pensons, et pour être tout à fait honnêtes, nous n'avons ni le temps ni les ressources voulus pour étudier cela à fond, que l'élargissement de ce programme améliorerait la situation de l'emploi ou pèserait sur le taux de chômage. Si le programme d'allocation au conjoint devrait être élargi non seulement aux personnes seules, séparées ou divorcées mais également aux couples mariés dans le besoin de 60 à 65 ans, il pourrait faciliter une retraite anticipée et inciter certains Canadiens de plus de 60 à quitter plus tôt leur emploi, surtout s'il est peu rémunérateur. De ce fait, les perspectives d'emploi, pour les jeunes Canadiens surtout, pourraient s'améliorer.

Très franchement, si l'élargissement de ce programme avait pour résultat d'accroître les perspectives d'emploi, le Comité devrait alors, je crois, étudier cette proposition très sérieuse-

[Texte]

at a broader expansion. There may be a number of other advantages to going this kind of a route that we have not even taken a serious look at, and I suggest that employment opportunities, and perhaps shifting employment opportunities, is one of those.

It also strikes us that undoubtedly indirect cost savings will result from the expansion of the spouses' allowance. Again I understand the Minister in his appearance before you estimated that approximately \$120 million would be shaved from the federal government's share of welfare payments now provided to people who would receive benefits from a new, expanded program.

It also strikes me that if my hunch is right that some jobs will be freed up for other Canadians, hopefully younger Canadians in particular, who will get off the welfare rolls, there is in fact an additional savings. Not only will there will be a savings with those people 60 and 65 who are now on welfare and who will take advantage of the new program, but if some of those people who are working leave the work force and free up employment opportunities that are filled by younger people who are on welfare, there is an additional saving that results. So in fact the estimated \$1.2 billion cost, or whatever it is, may not be as high. There may be offsetting factors that we should consider.

Whatever the real cost of the program's expansion, NAPO believes quite firmly there are potential sources of revenue which can be tapped to finance that program without increasing the federal deficit. I refer here to a number of tax exemptions and deductions which we believe can be eliminated or altered or converted to tax credits. A change of this nature would serve to rectify the regressive distribution of a number of these benefits that now favour upper-income Canadians. Any number of tax expenditures could be looked at. We could initially just start with those that are age or pension related.

• 2100

In conclusion, I would like just briefly to use some estimates that were recently prepared by the National Council of Welfare. It is my understanding that these figures were provided directly from the office of the Minister of Finance, so these are current and, I assume, the most accurate figures we have.

The information they have just put together suggests that the cost in 1983 of the old age exemption was approximately \$500 million. For that one deduction itself, it cost the federal treasury an estimated \$500 million. If we look at the deductibility of pension contributions, the amount of money that is lost to the federal treasury is astounding. The cost for the Canada/Quebec Pension Plan deduction in 1983 was \$480 million. The cost of the Registered Retirement Plan deduction was \$965 million and the cost of the Registered Retirement Savings Plan, RRSP deductions, amounted to \$1.210 billion.

Quite frankly, if there is one program that I find most reprehensible in terms of a misuse of federal government

[Traduction]

ment. Elle pourrait présenter également d'autres avantages sur lesquels nous ne nous sommes pas penchés, elle pourrait en particulier constituer une forme de création d'emploi ou du moins un transfert d'emploi.

Indirectement, il pourrait aussi en résulter des économies de coûts. Comme l'a dit le ministre, lorsqu'il a comparu devant le Comité, les prestations d'aide sociale coûteraient 120 millions de dollars de moins puisque un certain nombre d'assistés sociaux actuels bénéficieraient de ce nouveau programme élargi.

D'autre part, si je ne m'abuse, d'autres économies pourraient être réalisées si des emplois étaient libérés au profit, nous l'espérons, de jeunes Canadiens, qui ainsi ne seraient plus assistés sociaux. Des économies seront réalisées non seulement à cause des personnes de 60 à 65 ans qui bénéficient actuellement de l'assistance sociale et qui pourront alors profiter de ce nouveau programme, mais également à cause de ceux qui travaillent et qui en prenant une retraite anticipée libéreront des emplois au profit de jeunes assistés sociaux. Autrement dit, le coût de ce programme pourrait ne pas vraiment atteindre 1,2 milliard de dollars. D'autres facteurs viendront peut-être compenser ces coûts, et il faudrait les étudier.

Quel que soit le coût réel de l'élargissement du programme, l'Organisation croit fermement que l'on peut, sans accroître le déficit du gouvernement fédéral, faire appel à de nouvelles sources de revenus pour financer le programme. Par exemple, on pourrait supprimer ou modifier un certain nombre d'exonérations et de déductions fiscales pour les convertir en crédits d'impôts. On ferait ainsi disparaître le caractère régressif des avantages dont bénéficient actuellement les Canadiens bien nantis. On pourrait examiner toute une série de dépenses fiscales. Au début, on pourrait se limiter à celles qui se rapportent aux pensions, à des critères d'âge.

En conclusion, je voudrais vous décrire brièvement certaines prévisions préparées récemment par le Conseil national du bien-être. Je crois savoir que ces chiffres proviennent directement du bureau du ministère des Finances, ce sont donc des chiffres actuels et, je le suppose, les plus exacts que nous ayons.

D'après ces renseignements, le coût en 1983 de l'exemption pour raison d'âge était d'environ 500 millions de dollars. Donc, cette seule déduction représente un coût de 500 millions de dollars au trésor fédéral. La valeur de la déduction fiscale pour les versements à un régime de retraite est tout simplement phénoménal. L'exemption pour les cotisations au Régime des pensions du Canada et des rentes du Québec s'élevait en 1983 à 480 millions de dollars. Quant aux déductions attribuables à un régime de retraite enregistré, la perte pour le trésor était de 965 millions de dollars, tandis que le coût de l'exemption accordée dans le cas d'un régime d'épargne retraite se montait à 1,210 milliard.

Pour vous parler franchement, s'il y a un programme qui me semble répréhensible en tant que mauvais emploi des fonds du

[Text]

money, it is the RRSP program, or the deductibility of RRSP programs, because the primary beneficiaries of RRSPs are upper middle income and upper income Canadians who also derive the greatest benefit from deductions. And for the life of me, quite frankly, I have never been able to understand why we spend the amount of money we do to help bank presidents subsidize their pension plans; the very people who do not need our help at all are the people who receive the greatest benefit, courtesy of the taxpayers' dollars.

If you add up those four deductions alone, they amount to a cost to the federal treasury of \$3.155 billion. That is substantially more than the estimated cost of the expansion of the spouses' allowance program to singles and married couples in need between 60 and 65. So we would certainly, in conclusion, support the passage of this bill. However, we urge members of the committee to seriously consider the feasibility of a broader expansion of what we will continue to call the spouses' allowance program to all needy people between 60 and 65. As a priority, we believe that the program should be extended first to those needy individuals who are single, divorced and separated and then to encompass married people. And we believe that in terms of financing that kind of expanded program, we should look to a variety of tax expenditures as the source of that financing, without increasing the deficit.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Johnston. I note there is about 15 minutes left on this half-hour schedule. Are you first, Mr. Malépart? Five minutes then.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Je tiens à féliciter le groupe pour son mémoire et lui dire que j'endorsse entièrement son contenu.

Je partage entièrement votre avis, et je l'avais mentionné au caucus, concernant la différence entre le montant alloué à l'allocation au conjoint et la pension de base. On constate aujourd'hui—et j'essaie de me retenir pour ne pas être violent—que l'allocation au conjoint est une mesure que, malheureusement, trop souvent, tous les partis politiques utilisent dans une campagne électorale. Les promesses de campagne électorale sont des clichés pour les veufs et les veuves.

Je suis d'accord entièrement avec vous. Si on avait vraiment voulu venir en aide aux personnes dans le besoin, aux personnes âgées, dans un premier temps on aurait annoncé la réduction de l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse avec supplément de revenu garanti pour les personnes dont l'âge se situe entre 60 et 64 ans. Dans un deuxième temps on aurait fait la même chose pour les couples.

En tant que député, on doit malheureusement livrer deux ou trois combats si l'on veut réussir à gagner quelque chose. Tout à l'heure, le député conservateur nous démontrait que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a joué avec les chiffres. Bien sûr, si l'on demande de donner tout de suite 1 milliard de dollars, les gens se découragent aussitôt et disent: adoptons ce projet de loi. Si le projet de loi avait été

[Translation]

gouvernement fédéral, c'est bien cette exemption prévue pour les REER, qui bénéficie surtout à des Canadiens à revenu supérieur. Je n'arrive absolument pas à comprendre pourquoi nous consacrons tout cet argent à subventionner les régimes de pensions de présidents de banque; ce sont les personnes qui ont le moins besoin de notre aide qui profitent au maximum de ces programmes grâce aux contribuables.

Si on fait le total de ces quatre exemptions, on arrive à un coût de 3,155 milliards de dollars pour le trésor fédéral. Cela dépasse de loin le coût prévu de l'inclusion des célibataires et des couples mariés nécessiteux entre 60 et 65 ans. Tout en étant favorables à l'adoption de ce projet de loi, nous exhortons les membres du Comité à étudier sérieusement la possibilité d'un élargissement de ce programme à toutes les personnes dans le besoin ayant entre 60 et 65 ans. Quant à la priorité, nous estimons qu'il faudrait d'abord l'appliquer aux célibataires, aux divorcés et aux séparés et ensuite inclure les personnes mariées. Nous croyons qu'il faudrait examiner diverses méthodes fiscales pour le financement de cette mesure sans augmenter le déficit.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Johnston. Je remarque qu'il reste 15 minutes de cette partie de notre réunion. Est-ce que vous voulez poser des questions, monsieur Malépart? Vous avez cinq minutes.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to congratulate the group for the brief which was presented and say that I go along entirely with what was said.

I am in complete agreement with you, as I mentioned in the caucus, about the difference between the amount provided as a spouse's allowance and the basic pension. Unfortunately, and I will try to be moderate in the choice of my terms, the spouse's allowance tends to be exploited by political parties in election campaigns. The promises made in election campaigns are full of clichés for widows and widowers.

I am in complete agreement with you. If we had really wanted to assist the elderly, who are in need, we would have first brought down the age for eligibility for an old age pension with guaranteed income supplement so that it could apply to persons between 60 and 64. The second phase would have been to introduce the same change for couples.

As members of Parliament, we must unfortunately engage in two or three battles if we want to make a gain. A short time ago, the Conservative member showed us that the Minister of National Health and Welfare played around with the figures. It is obvious that if we ask for \$1 billion immediately, people will become discouraged and say, let us pass this bill. If this had been a priority bill, the government would not have

[Texte]

prioritaire, le gouvernement n'aurait pas dit qu'il entrerait en vigueur le 1^{er} septembre. Tout cela, c'était de la mascarade. Jusqu'à maintenant, je ne voulais pas le dénoncer, mais je sais que tout cela était préparé.

• 2105

Pourquoi le Parti libéral tente-t-il de sensibiliser le gouvernement et tous les parlementaires? Si vous lisez tous les discours, vous allez voir qu'au début, les trois partis avaient dit: Oui, oui, nous sommes d'accord et cela va aller vite. Eh bien, il a fallu que quelqu'un décide de s'arrêter et de dire: Un instant, nous ne sommes pas pressés de l'adopter.

En ce qui concerne le rapport Frith, j'ai dit partout dans mon comté que je n'étais pas d'accord, premièrement parce qu'on faisait de la discrimination dans ce rapport. Deuxièmement, au niveau des recommandations sur la réforme des pensions, tous les travailleurs qui n'avaient pas de régime de pension étaient complètement oubliés. Ce n'était pas un rapport acceptable. Ce n'est pas pour rien qu'il est resté sur la tablette.

J'ai eu de longues conversations avec M^{me} Bégin, et je peux vous dire que le soir de la convention de cette année, elle m'a appuyé dans mon comté; elle disait qu'elle n'était pas d'accord. Je pense qu'il serait temps que les conservateurs cessent de jouer à la politique sur le dos des plus démunis.

Vous avez parlé d'ajouter 300 millions de dollars. Si on donnait 300 millions de dollars de plus aux citoyens et citoyennes du pays qui seraient bénéficiaires de l'élargissement du programme, est-ce que cela ne créerait pas plus d'emplois dans chacune des circonscriptions que d'envoyer 1,000 soldats de plus dépenser 10 millions de dollars par année à Lahr, en Allemagne? Ces sommes d'argent seront dépensées en Allemagne et créeront des emplois en Allemagne.

Si on dit qu'il n'y a pas d'argent, c'est pour des raisons politiques. Vous avez suggéré plusieurs choses. On aurait pu, au niveau des multinationales du pétrole, négocier un rabais de 2 milliards ou de 2.5 milliards de dollars et garder 500 millions de dollars pour aider les personnes âgées. Je pense que ce n'est pas une question de bleu, de rouge et de vert. Beaucoup de députés se sont fait élire à la dernière élection parce que les gens voulaient un changement. Eh bien, les gens voudraient voir ce changement maintenant.

Monsieur le président, je m'arrête, sinon ça va aller mal.

The Chairman: You have used up virtually the five minutes, Mr. Malépart.

Mrs. Finestone: He got it off his chest.

The Chairman: Do you wish to have a very short comment, Mr. Johnston?

Mr. P. Johnston: I will try to provide a very brief response.

I am not an economist, but about a year ago we did have an economist do some work for NAPO. This is nothing he came up with himself, but I think a number of economists accept the proposition that lower-income people, whether they are elderly or middle aged or young people, have the highest marginal

[Traduction]

decided that it was to come into effect on September 1. All this is a masquerade. Up until now, I did not want to denounce it but I know that this was all prepared ahead of time.

Why is the Liberal Party attempting to sensitize the government and members of Parliament? If you read all the speeches, you will see that at the beginning the three parties were all in agreement and said that the legislation would be given swift passage. At one point, someone had to decide to stop and say: wait a second, we are in no hurry to get this through.

As far as the Frith Report is concerned, I made my disagreement very well known in my riding, first of all because there was discrimination in this report. Secondly, as far as the pension reform recommendations are concerned, all workers who did not have a pension plan were completely neglected. It was not an acceptable report. That is why it was shelved.

I had long conversations with Miss Bégin and I can tell you that on the evening of this year's convention, she supported me in my riding, she said that she did not agree with it. I think it is time for the Conservatives to stop playing politics at the expense of the most underprivileged.

You talked about adding \$300 million. If we distributed an additional \$300 million to the citizens who would benefit from an extension of this program, would this not result in more jobs in each of our ridings rather than sending over an additional 1,000 soldiers to spend \$10 million a year at Lahr, in Germany? This money will be spent in Germany and create jobs in Germany.

If they say there is not enough money, it is for political reasons. You made a number of suggestions. We could have negotiated a rebate of \$2 billion or \$2.5 billion with the petroleum multinationals and kept \$500 million to assist the elderly. I do not think that this is a question of blue, red or green. Many members were elected in the last election because people wanted a change. Well, it is about time for people to see this change.

Mr. Chairman, I will stop now, or else I will get angry.

Le président: Vous avez presque épuisé vos cinq minutes, monsieur Malépart.

Mme Finestone: Il a débarrassé ce qu'il avait sur le coeur.

Le président: Avez-vous un bref commentaire à faire, monsieur Johnston.

M. P. Johnston: Je vais essayer de répondre très brièvement.

Je ne suis pas économiste, mais il y a un an à peu près nous avons fait faire quelques travaux par un économiste. Ce n'est pas une découverte qu'il a faite tout seul, je crois qu'il est reconnu que les personnes à revenu faible, quel que soit leur âge, sont les plus portées à faire de la consommation, ce qui

[Text]

propensity to consume, which means that they spend all the money they have. They do not have enough additional money to sink into pension plans; it sits in bank accounts and investments, that kind of thing. Therefore, if you are putting more money into their pockets, it does not really stay in their pockets that long because it is then used to go out and buy a whole range of goods and services. As a result of that, it certainly makes sense to me that there is a kind of stimulus provided to the private sector that provides all those services and goods. I think perhaps we should start looking at that kind of benefit from the sorts of programs we are talking about.

The Chairman: Thank you, Mr. Johnston. Mr. Young.

Mr. Young: Thank you, Mr. Chairman. I am not going to say too much. I think Mr. Johnston heard my questions and arguments and it would just be repetitive. I certainly want to heed Mr. Malépart's caution and certainly not be partisan in any exchange we will have here, because the issue is above political partisanship in my view.

I was interested in the suggestion you made—and I would not call it any stronger than a suggestion—if the increase we are arguing for or the expansion of the bill we are arguing for were to be done, whether or not there could be a major contribution to the unemployment crisis which there is among young people in our society. Off the top of my head, I would rather think not. I suspect not, because I think the reason that older people want to stay in the workforce longer is because of inadequate pensions. They already have difficulty in trying to make ends meet. So without a substantial increase in pensions, I do not think it would work. Many of those people would be leaving low income jobs, and young people would gladly accept that kind of work. However, it is not the kind of work we want them to accept, especially at those kinds of pay levels.

• 2110

It is certainly worthwhile exploring and it is certainly an interesting argument to make. It is one I think we should take a look at even more closely.

Mr. P. Johnston: Mr. Young, as I think I suggested, this is not an area that we have really done any kind of in-depth work in. I think in the testimony of the Minister before the committee, he estimated that 10% of people who will be covered by this bill are now on social assistance; they would then move under coverage. At the time I remember thinking, what about the other 90%? What are they doing? Who are those people? Are they in the labour force at all? I suspect some of them are. I do not know how many.

If we expanded the program I suspect that would also affect some people. Some people who are in full-time jobs now might go to part-time, because of the benefit they would qualify from. At least a partial spouse's allowance benefit would be enough to give them the equivalent amount of income.

[Translation]

veut dire qu'elles dépensent tout leur argent. Elles n'ont pas suffisamment d'argent de reste pour en mettre dans des régimes de retraite ni dans des comptes de banque. Donc, si vous leur donnez de l'argent, cet argent ne reste pas très longtemps dans leurs poches, il sert à acheter toutes sortes de biens et services. Par conséquent, cela donne une certaine relance au secteur privé qui vend tous ces biens et services. Je crois qu'il faudrait commencer à étudier ce genre davantage créé par ces programmes.

Le président: Merci, monsieur Johnston. Monsieur Young.

M. Young: Merci, monsieur le président. Je ne veux pas parler longuement. Je crois que M. Johnston a déjà entendu mes questions et mes arguments, et que je ne ferai que me répéter. Je tiens certainement compte de la mise en garde de M. Malépart, et je ne veux certainement pas introduire une note partisane dans nos discussions ici, car, à mon avis, cette question est au-dessus de tout intérêt partisan.

J'ai été intéressé par votre commentaire—et je pense que c'était seulement un commentaire—au sujet des répercussions éventuelles de l'élargissement de cette mesure sur la crise de chômage qui affecte surtout les jeunes dans notre société. Sans avoir beaucoup réfléchi à la question, je ne pense pas que cela aurait une incidence majeure. Je ne le crois pas parce que à mon avis, la raison pour laquelle les personnes âgées veulent demeurer dans la population active plus longtemps est que les pensions sont insuffisantes. Elles ont déjà de la difficulté à arriver. En conséquence, si l'on n'augmente pas considérablement les prestations de retraite, je ne crois pas que cela fonctionnera. Bon nombre de ces travailleurs quitteraient des emplois mal rémunérés, et il est vrai que les jeunes accepteraient bien volontiers de les combler. Toutefois, il ne s'agit pas d'emplois que nous souhaitons pour eux, surtout à ce salaire.

Cette idée mérite certainement un examen plus attentif et peut se défendre. Nous devrions à mon avis l'examiner encore plus attentivement.

M. P. Johnston: Monsieur Young, je le répète, nous n'avons pas vraiment effectué d'étude approfondie de ce domaine. Cela dit, lorsque le ministre a témoigné devant le Comité, il a estimé que 10 p. 100 des personnes qui bénéficieraient des dispositions de ce projet de loi reçoivent à l'heure actuelle des prestations d'aide sociale; en conséquence elles passeront à une autre forme d'aide, celle accordée par ce projet de loi. Je me souviens de m'être alors demandé ce qui arriverait aux autres 90 p. 100. Que font-ils? Qui sont-ils? Sont-ils dans une certaine mesure dans la population active? Je soupçonne que certains d'entre eux y sont, mais j'ignore combien.

Si nous élargissons le programme, je soupçonne que cela en toucherait également un certain nombre. Je songe à celles qui occupent un emploi à plein temps maintenant et qui pourraient décider à travailler à temps partiel, grâce aux prestations auxquelles elles auraient maintenant droit. En effet, une prestation de conjoint même partielle pourrait suffire à leur donner un revenu équivalent.

[Texte]

I do not know whether there would be any significant increase or restructuring or reallocation of job placements. But it strikes me that it is an issue we should perhaps look at. I suspect there are going to be some people in that age group, 60 to 65, who would change their work patterns if, all of a sudden, they were able to or were entitled to a benefit from an expanded spouse's allowance program.

Mr. Young: You have given us an interesting question to pose to the Minister when he comes before the committee.

The Chairman: Thank you, Mr. Young. Mr. Brisco, do you wish to question?

Mr. Brisco: I take the point from my colleague of the NDP with reference to the concern he expresses about the younger Canadians filling the jobs of retirees. I think, as my colleague points out, a lot of pensioners, depending on the job they have and the industry they are in, elect at this time certainly to stay on until pensionable age. There is of course in some industries encouragement for early retirement for two purposes: One, job replacement; the other, no job replacement.

But the people generally to which you allude are not the people in industry. They are unfortunately fulfilling menial tasks which younger Canadians certainly are not going to find any more meaningful than the pensioners. But they are also less likely to take them unless out of desperation, and I recognize that there is a lot of desperation there.

But in my urban rural mix I share the view and I see this circumstance, because I have in my constituency the highest level of unemployment in British Columbia. So I do not see that as an answer, although clearly it should not be just written off.

Again, I come back to my earlier statement where I say that all these things hopefully are possible down the line. The effort to do something now is better than no effort at all.

But I notice you recognize that and I appreciate that.

I would say I appreciate standing committees that do not get too political, but we all tend to do that from time to time. My colleague who thinks that we can do away with 1,000 soldiers in Lahr is really mixing oranges and apples. It clearly would not sit well with his own colleagues, in terms of our NATO commitment. I do not think that is a valid argument.

• 2115

Having said that, I thank you for your presentation and for your efforts on behalf of the anti-poverty group.

The Chairman: Do you wish to reply?

[Traduction]

J'ignore si cela entraînerait une augmentation importante des emplois, un réaménagement ou une refonte des structures du marché du travail. Toutefois, c'est une question que nous devrions peut-être étudier. Enfin, je soupçonne que certaines personnes âgées de 60 à 65 ans modifieraient peut-être leur vie au travail si, tout d'un coup, elles avaient droit à une prestation en raison de l'élargissement du programme d'allocation au conjoint.

M. Young: Vous nous avez fourni une intéressante question à poser au ministre lorsqu'il témoignera devant le Comité.

Le président: Merci, monsieur Young. Monsieur Brisco, voulez-vous poser une question?

M. Brisco: Je reviens aux préoccupations exprimées par mon collègue du NPD au sujet des jeunes Canadiens prenant les places des retraités. Comme il l'indique, bon nombre de personnes approchant de l'âge de la retraite décident de continuer à travailler jusqu'à l'âge de la retraite, selon l'emploi qu'ils occupent et l'industrie dans laquelle ils travaillent. Bien entendu, dans certaines industries, on encourage les travailleurs à prendre une retraite anticipée, et ce, pour deux raisons: d'abord, pour faire combler leur emploi par quelqu'un d'autre ou parce que leur emploi n'existera plus.

Toutefois, la plupart des gens que vous avez mentionnés ne travaillent pas dans l'industrie. Ils effectuent malheureusement un travail servile et ingrat, que les jeunes Canadiens ne trouveront certainement pas plus gratifiants qu'eux. Cependant, ils auront moins tendance à accepter de tels postes à moins qu'ils soient désespérés, et il y a beaucoup de découragement en ce moment.

Je vois de tels cas dans ma circonscription à la fois rurale et urbaine, car on y observe le taux de chômage le plus élevé de la Colombie-Britannique. Je ne puis donc considérer cela comme une réponse, même si on ne peut vraiment pas la rejeter du revers de la main.

J'en reviens aux propos que j'ai tenus plus tôt et d'après lesquels nous espérons que toutes ces choses seront possibles à la longue. Quoiqu'il en soit, l'effort que nous avons fait est bien préférable à ne rien faire du tout.

J'ai d'ailleurs remarqué que vous êtes conscient de cela et en êtes reconnaissant.

Par ailleurs, même si j'aime bien les comités permanents qui ne s'enlisent pas trop dans des considérations de petite politique, nous avons tous tendance à nous laisser aller à cela de temps à autre. Ainsi par exemple, mon collègue qui pense que nous pouvons nous passer des 1,000 soldats cantonnés à Lahr mêle vraiment tous les problèmes. De toute façon, même ses propres collègues auraient des réserves à cet égard, étant donné nos engagements envers l'OTAN. Son argument ne me paraît donc pas valide.

Ceci dit, je vous remercie et de vos efforts au nom de l'Organisation anti-pauvreté.

Le président: Est-ce que vous voulez répondre?

[Text]

Mr. P. Johnston: No, I do not really think so. Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much.

I would say we have room for three minutes for you, Mrs. Finestone. We will be right on time then.

Mrs. Finestone: Thank you. I do not even know if I want three minutes.

In a sense I have a very serious, nagging concern. I fully support the bill. I would like to see its extension, and I would like to see us go further, and I understand in a sense some of the constraints, but not all of them.

But there is one thing I am beginning to be very discomfited about, and that is the thought that it is through incentives to get older people to leave the marketplace at the expense of looking for jobs for young people. I think that is a very unfair look at the social problems we have and trying to answer on the backs of older people at the age of 60 in our society, where people live really healthy lives in a physical and mental sense well into their 80s and on . . . to make people feel that they are non-contributing members from age 60 on.

I think we had better be very cautious. As I approach that beautiful age and look forward to a very productive future, I really find that this is a very serious matter that I do not take lightly—and I am sure all of you do not take lightly.

I would hope that in the measures of this government, which was elected by a great popular vote in this society, they will find the means to enable us to find new ways to approach the very serious problems of unemployment, not only for our youth but also for the middle-aged and older workers, who are valuable and contributing members of society.

I do not even know if it calls for a comment, but it is a very pressing and anxious matter in my view. We forgot to put any bridging mechanisms in after you finish your formal education. We do not have the proper type of recycling—training and re-education and retraining programs. We have all kinds of *empêchements* to becoming effective and having the opportunity for new skills.

So I would just like to make a plea, Mr. Chairman, to take that into consideration.

The Chairman: Thank you, Mrs. Finestone.

Some of us may be getting close to your age so I would like to have Mr. Johnston reply to your remarks if he wants to.

Mr. P. Johnston: Just briefly.

I do not disagree with you, Mrs. Finestone. I think it is a tragedy when there are any Canadians who are able and wanting to be productive who are in a situation where they cannot be and are made to feel guilty because of that. It is a tragedy when that person is 62; it is a tragedy when they are 42; it is a tragedy when they are 22. But we have a very serious problem in this country with unemployment, and we keep, I suggest, burying our heads in the sand in terms of what we are

[Translation]

M. P. Johnston: Non, pas vraiment. Je vous remercie beaucoup.

Le président: Moi aussi, je vous remercie.

Il nous reste trois minutes à vous donner, madame Finestone, et nous serons alors juste à l'heure.

Mme Finestone: Je vous remercie, cela me suffira amplement.

Il y a une question qui me tracasse beaucoup. Je suis entièrement en faveur du projet de loi, je voudrais qu'il soit élargi, que nous allions plus loin, et je comprends en un sens certaines des contraintes, mais pas toutes.

Une chose me consterne vraiment, c'est de penser que l'on va encourager les personnes d'un certain âge à quitter leur emploi pour faire place aux jeunes. C'est une façon fort injuste d'essayer de résoudre nos problèmes sociaux que de le faire au détriment de ceux qui atteignent la soixantaine, alors que dans notre société les gens continuent à jouir de la santé physique et mentale bien au-delà de 80 ans . . . cela revient à leur faire sentir qu'ils sont de trop dès l'âge de 60 ans.

Nous devrions faire preuve de beaucoup de circonspection. Je vais moi-même sur la soixantaine et espère avoir devant moi un avenir très enrichissant; cette question me paraît d'autant plus grave et je suis certaine que vous aussi en comprenez l'importance.

J'espère que le gouvernement, élu à une forte majorité, trouvera de nouvelles solutions aux graves problèmes du chômage, des solutions non seulement pour notre jeunesse, mais également pour les personnes d'âge mûr et pour les travailleurs âgés, qui continuent à se rendre utiles à la société.

Je ne sais même pas si cela a besoin d'être dit, mais à mon avis, c'est une question urgente et angoissante. Nous avons oublié de prévoir des mécanismes de transition après la fin de l'enseignement obligatoire. Nous n'avons pas les programmes de formation, de recyclage, de rééducation et de perfectionnement qui conviennent. Toutes sortes d'empêchements se dressent devant ceux qui veulent devenir efficaces, qui voudraient acquérir de nouvelles qualifications.

Je voulais donc simplement demander, monsieur le président, que l'on tienne compte de cela.

Le président: Je vous remercie, madame Finestone.

Certains d'entre nous approchent également de cet âge; j'aimerais donc entendre ce que M. Johnston a à nous dire sur cette question, s'il le veut bien.

M. P. Johnston: Très rapidement.

Je comprends votre point de vue, madame Finestone; il est tragique de voir que des Canadiens aptes au travail et qui souhaitent d'être productifs, sont mis dans l'impossibilité de le faire et sont culpabilisés à cause de cela. C'est une tragédie à tout âge, qu'on ait 62, 42 ou 22 ans. Le chômage constitue un grave problème dans ce pays et nous continuons, je crois, à jouer la politique de l'autruche, à ne pas vouloir regarder la situation en face. Nous souhaitons tous qu'elle s'améliore.

[Texte]

going to do about it. We are all wishing it will get better. We have been wishing now for four years that the unemployment rate will go down even to what we felt was unacceptable in 1981, 6% and 7%. I think we have to start perhaps being a little more creative in thinking about a whole range of alternatives that may help us get out of the mess we are in.

I am not suggesting by any means at all that we should be forcing people between 60 and 65 who are working and want to continue to work to get out of the labour force. I simply raise the question that there may be some people in that age group who are working at menial jobs, low-paying jobs, who, given the choice . . . I think some studies have been done that suggest that many Canadians, if they had a choice of retiring at 65 or 60, would do it at 60. So there may be some who would choose that route.

It is simply a matter of our trying to have as many options available to people as possible, and if this is one way of providing that, another option that may help reduce the rate of unemployment, I think we should give it serious consideration.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Johnston. Thank you, Mrs. Finestone.

Thank you again, Mr. Johnston, for coming before the committee. We will look forward to seeing you again, I am sure, within a short while.

Mr. P. Johnston: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Might we now call upon Mrs. Doreen Fraser from Halifax, President of the Canadian Pensioners Concerned Inc., and I believe a former professor at Dalhousie.

• 2120

We want to welcome you here, Mrs. Fraser. I would ask if you have a presentation to make, to begin with, and then we will follow up with some questions.

Mrs. Doreen Fraser (President, Canadian Pensioners Concerned Inc.): Thank you very much, Mr. Chairman, for inviting us to appear before you. I must apologize that the squash between two annual meetings and another conference did not leave me sufficient time to make a formal prepared presentation.

I think it is significant that we celebrated the Battle of the Atlantic Sunday in Halifax; we have VE-day this week, and we had our Charter of Rights promulgated, section 15. It was my generation that went to Europe in 1939. I was in the navy myself for almost four years. In the results of pensions and frozen income, etc., I am one of the group that takes a 50% cut when we retire if we are solely dependent on pensions.

Mention has been made of Miss Cheevers and her council report, much of which we certainly fully back. She is of the wartime generation, too, that left the work force during that time and could not benefit from CPP, RRSPs and all the rest of it. I have partially benefited, but not entirely.

[Traduction]

Voilà quatre ans que nous souhaitons que le chômage diminue, et nous serions heureux qu'il descende à 6 et 7 p. 100, niveaux qui nous paraissent inacceptables en 1981. Il est temps que nous fassions preuve d'un peu d'imagination et recherchions un éventail d'options pour nous tirer du pétrin où nous sommes.

Ce n'est nullement que je veuille obliger les gens de 60 et 65 ans, qui travaillent et veulent continuer de le faire, à quitter leur emploi. Je dis simplement qu'il y a peut-être des gens de cet âge qui ont des emplois subalternes et mal payés, et qui, si on leur en donnait la possibilité . . . D'après certaines études, un grand nombre de Canadiens, s'ils avaient le choix de l'âge de la retraite, préféreraient la prendre à 60 plutôt qu'à 65 ans. Il y en a donc peut-être certains qui opteront pour cette possibilité.

Ce que nous devons faire, c'est multiplier les options, et si c'est l'une des façons de le faire, une autre possibilité de contribuer à la diminution du taux de chômage, je pense que nous devrions y songer sérieusement.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur Johnston. Merci, madame Finestone.

Merci encore, monsieur Johnston, d'avoir bien voulu comparaître devant le Comité, nous espérons vous revoir sous peu.

M. P. Johnston: Merci, monsieur le président.

Le président: Nous donnons maintenant la parole à M^{me} Doreen Fraser de Halifax, présidente de la Corporation des retraités canadiens intéressés, et, je crois, ancien professeur à Dalhousie.

Nous vous souhaitons la bienvenue, madame Fraser. Je voudrais d'abord savoir si vous voulez lire votre mémoire, et nous pourrions ensuite vous poser quelques questions.

Mme Doreen Fraser (présidente de la Corporation des retraités canadiens intéressés): Monsieur le président, je vous remercie de nous avoir invités à comparaître devant vous, je voudrais tout d'abord présenter mes excuses pour le fait que le temps m'a manqué, entre deux réunions annuelles et une autre conférence, pour préparer un exposé bien structuré.

Il me paraît symbolique que nous ayons célébré dimanche, à Halifax, la bataille de l'Atlantique; cette semaine nous commémorons le jour de la victoire et le paragraphe 15 de notre Charte et droits a été promulgué. C'est ma génération qui a fait la guerre en Europe en 1939, et j'ai moi-même passé près de 4 ans dans la marine. En ce qui concerne les retraites et le gel des revenus, je fais partie d'un groupe qui subira, à la retraite, une diminution de revenus de 50 p. 100 si nous dépendons uniquement de nos pensions.

On a parlé de Miss Cheevers et de son rapport au Conseil, que nous approuvons sur bien des points. Elle aussi fait partie de la génération de la guerre, elle a quitté le marché du travail à ce moment-là et elle n'a pu bénéficier du régime de pension du Canada, des REER et de toutes les autres choses. Moi-même en ai partiellement bénéficié, mais pas entièrement.

[Text]

I was interested in reading the proceedings, issue 12 of your committee with Mr. Epp, where he was mentioning that it was impossible to avoid discrimination. We fully agree with that. It is a matter, I think, of both degree and pattern of discrimination.

I sent our summary of recommendations arising from our brief to the Special Committee on Pension Reform to your committee. I do not know whether or not copies were circulated to you. I also sent brochures about Canadian Pensioners Concerned Inc. itself. I have a clutch of reports coming out of Miss Cheevers' council. Miss Cheevers is also on my own national board and a very active member.

The other element you should have is a statement regarding retirement income for all Canadians, which was attached to a letter we sent—different letters but the same attachment—both to Mr. Epp and Mr. Wilson. I also have a full copy of our brief to the Special Committee on Pension Reform, just to have it here, since it is the recommendations from that brief that were circulated to you.

Getting back to discrimination, I think one of the aspects of it before we focus on the 60-64, is the matter of singles generally. The first recommendation we made in our brief was asking for emergency action to implement the financial support of people who were retired from the work force during the war and could not benefit from any other aspects of saving. If you recall, that generation went through two wars, three depressions, frozen income and wages, etc. It has really had, therefore, a disastrous experience financially.

• 2125

Built-in disincentives is also one aspect of the discrimination element. Those on guaranteed-income supplement, whether full or partial, should they wish to earn some extra money to pay for any number of things not covered by the health insurance or medical-care insurance, are docked \$1 for every \$2 earned when they work. We have been asking that people in such circumstances be permitted to earn \$2,000 without it affecting their GIS or their income tax.

The matter of considering, selecting, from the 60 to 64 group . . . we are frequently up against the situation where we are considering 55 and over in considerable economic distress. We have pointed out on numerous occasions, with this first recommendation particularly in mind, the matter of the depth below which singles come when you take the level even of the subsistence allowance permitted by Stats Canada; it is usually anywhere from \$1,500 to \$3,000 below whichever level is being considered. The Senate committee's Poverty Level, the National Council of Welfare or the Canadian Council on Social Development, we have various estimates of what they consider the low income or poverty level to be.

[Translation]

J'ai lu avec un vif intérêt le compte rendu numéro 12 de la séance du Comité où a comparu M. Epp, qui disait qu'il était impossible d'éviter la discrimination. Nous sommes pleinement d'accord avec lui, mais encore faut-il savoir jusqu'à quel degré on l'accepte, et dans quel sens elle va.

J'ai adressé à votre Comité le résumé des recommandations tirées de notre mémoire au Comité spécial sur la réforme des pensions, mais je ne sais pas si des exemplaires vous en ont été distribués. J'ai également envoyé des brochures sur la Corporation des retraités canadiens intéressés, et j'ai un tas de rapports provenant du conseil de M^{lle} Cheevers. Cette dernière siège également à mon propre conseil national, dont elle est un membre très actif.

Vous devriez également avoir dans vos documents une déclaration concernant le revenu à la retraite de tous les Canadiens, déclaration jointe à une lettre que nous avons adressée—différentes lettres, mais la même pièce jointe—à la fois à MM. Epp et Wilson. J'ai également un exemplaire complet de notre mémoire au Comité spécial sur la réforme des pensions, simplement pour l'avoir sous la main, car ce sont les recommandations formulées à la suite de ce mémoire qui vous ont été distribuées.

Pour en revenir à la discrimination, et avant de passer à la catégorie d'âge 60-64, je crois qu'elle s'exerce particulièrement, d'une façon générale, à l'encontre des personnes seules. À la première recommandation de notre mémoire, nous demandons qu'on entreprenne d'urgence une action pour aider financièrement les gens qui ont quitté le marché du travail pendant la guerre et qui n'ont pu bénéficier d'autres moyens d'épargne. Peut-être vous appellerez-vous que cette génération a subi deux guerres, trois dépressions, le blocage des revenus et salaires, etc. Elle a donc connu une série de revers financiers.

La discrimination s'exerce également par toute une série de mesures de dissuasion. Ceux qui touchent, soit entièrement soit en partie, le supplément de revenu garanti sont imposés à 50 p. 100 pour chaque dollar qu'ils gagnent s'ils veulent se faire un peu d'argent pour payer tout ce que ne couvre pas l'assurance-maladie ou l'assurance de soins médicaux. Nous avons demandé que les gens qui se trouvent dans cette situation soient autorisés à gagner 2,000\$, francs d'impôt, tout en continuant à toucher leur SRG.

Quant à envisager le tri, la sélection dans le groupe d'âge de 60 à 64 ans . . . souvent on parle des gens qui ont atteint 55 ans et au-dessus et qui sont dans la misère. Nous avons souvent parlé, en particulier à propos de cette première recommandation, de la pauvreté dans laquelle se retrouvent les personnes seules si vous considérez le niveau de subsistance permis par Statistique Canada, qui est généralement entre 1,500\$ et 3,000\$ en dessous du niveau considéré. Le comité sénatorial, le Conseil national du bien-être ou le Conseil canadien pour le développement social proposent différents chiffres pour ce qu'ils considèrent comme le seuil de pauvreté.

[Texte]

We had hoped, as a result of our brief and those of many others, that the report coming out from that particular committee would be taken seriously. One of our recommendations was that those on the full GIS, particularly for the age group born 1902 or earlier, should be increased by about \$126 a month. The Pension Reform committee recommended \$102 a month. We were really quite distressed when the decision was made to raise it \$50, half of it last July and half of it last December, for everybody on GIS rather than giving particular support to the singles.

If you recall, it was some years ago that married couples were upped in the basic pension itself, to bring them at or slightly over their poverty line. No one touched the singles at that time. Here we are in another situation where too few of the singles are being proposed for assistance.

One of the reasons there was a considerable reaction to Mr. Epp's report and the bringing forth of this legislation... As you will see in our recommendations, we did support the matter of survivor pensions to the widowed 60 to 64. This was in 1983, but we had not considered that out of context with the needs of the others. In other words, not in isolation. I found it disturbing, in reading the act and also reading part of Mr. Epp's *Child and Elderly Benefits*, that there was no indication that anybody was aware there were other people needing assistance. If it had been stated in the act that this was phase 1 of a program to increasingly assist those age 60 to age 64, and they really were aware that there were singles in the offing other than the widowed, I think we would have felt a lot more cheerful about the whole situation.

• 2130

Some decades ago, and we still run into it, is this matter of women should be married and raising families and an attitude toward those of us who have remained single that we have not made a contribution that suffices support, this is the sort of thing that many of us feel very uncomfortable about. I do not think this is deliberate, but I think it is a matter of sensitizing people to the fact that there are a few hundred thousand of us around.

The other element that comes into this matter of discrimination, too, is that in the 60 to 64 age group, let alone the 65 to 70 age group, you have a healthy, active, interested, and for the greater part completely functioning, group of adults, and with the whole matter of life-long living, but also life-long learning that has to be considered and life-long training preparation for retirement in this modern age, we can depend on more or less 15 years, if not 20, 25, 30 years, of retirement. In other words, one-third of one's life is in retirement, and this, I think, demands a different attitude towards pensions than in the Nineteenth Century and early Twentieth Century before antibiotics, etc., were making such a considerable difference to the number of survivors we have, let alone what medicine is doing by way of the handicapped.

[Traduction]

Avec le mémoire que nous avons présenté et bien d'autres, nous espérions que le rapport de ce comité-là serait pris au sérieux. Nous recommandions, entre autres, que ceux qui touchent le supplément de revenu garanti tout entier, en particulier qui sont nés en 1902 ou avant, reçoivent une augmentation d'environ 126\$ par mois. Le Comité sur la réforme des pensions avait recommandé 102\$ par mois. Aussi avons-nous été consternés d'apprendre qu'on avait décidé de l'augmenter de 50\$, la moitié en juillet dernier et la moitié en décembre dernier, pour tous ceux qui touchaient le SRG plutôt que d'aider plus particulièrement les personnes seules.

Vous vous rappelez sans doute qu'il y a quelques années, les couples mariés ont vu augmenter leur pensions de base, qui atteignit alors ou dépassa légèrement le seuil de pauvreté. Aucune mesure ne fut prise à l'époque en faveur des personnes seules. Nous revoilà dans la situation où trop peu de personnes seules vont bénéficier d'une aide.

L'une des raisons pour lesquelles le rapport de M. Epp et la parution du projet de loi ont causé une vive agitation... Comme vous le verrez dans nos recommandations, nous étions en faveur de pensions de réversion aux veuves âgées de 60 à 64 ans. C'était en 1983, mais nous n'avions pas considéré cela indépendamment des besoins des autres; autrement dit, pour nous ce n'était pas une mesure isolée. J'ai trouvé inquiétant, à la lecture du projet de loi et du texte de M. Epp intitulé «Prestations pour les enfants et les personnes âgées» de n'y trouver nulle mention du fait que d'autres personnes ont également besoin d'aide. S'il avait été précisé dans la loi qu'il s'agissait de la première étape d'un programme visant à augmenter progressivement les personnes âgées de 60 à 64 ans, et si l'on avait reconnu qu'il y avait des personnes seules autres que les veuves, nous aurions eu beaucoup moins de raisons de nous inquiéter.

Il y a quelques dizaines d'années encore on considérait—et cette mentalité existe encore en partie—que les femmes devaient être mariées et mères de famille, et que celles d'entre nous qui restaient célibataires ne méritaient pas d'aide; beaucoup d'entre nous s'inquiètent vivement de cette mentalité, non pas qu'elle soit délibérée, mais il faudrait sensibiliser les gens au fait que nous sommes plusieurs centaines de milliers.

L'autre élément qui intervient dans cette discrimination est que dans cette tranche d'âge de 60 à 64 ans, sans parler de celle de 65 à 70 ans, on trouve un groupe d'adultes en bonne santé, actifs, éveillés et, pour le plus grand nombre, en possession, de tous leurs moyens; or avec l'insistance actuelle sur une vie bien vécue, mais également sur l'apprentissage permanent et sur la préparation permanente à la retraite à notre époque, on peut prévoir une quinzaine d'années de retraite, sinon 20, 25 ou 30 années. Autrement dit, nous pouvons nous trouver en retraite pendant un tiers de notre vie, ce qui exige envers les pensions une attitude différente de ce qu'elle était au 19^{ième} et au début du 20^{ième} siècle, avant que les antibiotiques ne changent aussi radicalement le nombre des

[Text]

So in this whole matter of pension planning, I think it is important to emphasize it as deferred income, rather than the employer's thank you to an employee for a long and faithful service and that they can raid pension funds, that they own the pension funds, etc., themselves, which, of course, they really do not, although by law, I understand, they are permitted to make use of it in certain circumstances.

I made mention with this first recommendation of particular support for the 80, 90 and 100-year-olds, because unlike the 60 to 65-year-olds, they are in far frailer condition, either perhaps physically, perhaps mentally, perhaps both, and the distressing situations these older people find themselves in take a far greater toll than it does for the younger people.

In number 2 we can demonstrate resourcefulness of older people, if given the means whereby they can become involved.

The pension levels on full GIS, etc., means that too many of them simply cannot afford to become involved in many ways, because they are living on such a limited scale. In our own organization, where we have an office and man it by volunteers, some of them have had to stop because they cannot afford transportation two or three times a week. They might manage it once. I think this is a very sad commentary on the adequacy of pension funds, particularly for the singles.

• 2135

It is interesting that the economic value of homemakers, in item 6... in our report we have pointed out that contrary to the statements made by the Canadian Manufacturers' Association, and the Canadian association for small business, etc., a number of studies have estimated the economic value of the homemaker not at half the average industrial wage, but three-quarters of it; an interesting statement was produced by the Americans the other day that such a homemaker's income value would be \$48,000 in the year. I do not think homemakers and the wives who are staying at home... in talking about pensions for these people, I think there is valid and due cause, and just cause, to make arrangements so they can have them and they do not land up in this situation where they have to have a spouse's allowance because their husband or their other spouse is not earning sufficient or because at 65 his or her pension is insufficient.

We have also recommended that the pension funds be automatically split at 60, so when there is a death in the family the surviving spouse gets 50% of the other spouse's income. That lands you up with 75% instead of the present 50%. As many social workers will tell you—and I do not care which province you happen to come from—the single person cannot live at half the married couple's income; 75% is a far more realistic figure. I realize many of the pension briefs suggested

[Translation]

survivants, sans parler des répercussions de la médecine, par exemple sur les handicapés.

Il est donc important, dans notre réflexion sur les pensions, de souligner qu'il s'agit d'un report de revenu et non plus d'un geste de gratitude de l'employeur à l'employé pour de longues et fidèles années de service. Les caisses de retraite ne sont pas la propriété de l'employeur, elles ne sont pas à sa disposition pour y puiser, ce qu'ils ne font naturellement pas, bien que je croie savoir que la loi les autorise à y faire des prélèvements dans certaines circonstances.

Dans cette première recommandation, je demandais une aide spéciale pour les personnes âgées de 80 et 90 ans, et pour les centenaires, parce que à la différence des personnes âgées de 60 à 64 ans, elles sont physiquement ou mentalement, peut-être physiquement et mentalement beaucoup plus fragiles, et que la misère dans laquelle elles se trouvent a pour elles des conséquences beaucoup plus graves que pour des personnes plus jeunes.

Sous le point numéro 2, nous montrons l'ingéniosité des personnes âgées si on leur en donne les moyens.

Mais lorsque ces personnes touchent le SRG maximum leur revenu est tel que beaucoup d'entre elles—trop en fait—n'est tout simplement pas en mesure de participer à beaucoup de choses, parce qu'elles vivent une vie très étriquée. Nous mêmes, dans notre organisation, avons un bureau où travaillent des bénévoles, mais certains d'entre eux ne peuvent plus venir parce que les déplacements deux ou trois fois par semaine leur coûtent trop cher. Ils peuvent tout juste venir une seule fois par semaine, et c'est là une triste illustration de l'insuffisance de leurs ressources, en particulier celles des personnes seules.

Il convient de noter que la valeur économique des ménagères, au point n° 6... dans notre rapport nous avons fait remarquer que contrairement aux déclarations faites par l'Association des manufacturiers canadiens et l'Association canadienne des petites entreprises, la valeur économique de la ménagère a été évaluée, dans un certain nombre d'études, non à la moitié du salaire moyen industriel, mais aux trois quarts de ce salaire. D'après une étude intéressante faite aux États-Unis, la valeur du travail d'une ménagère aurait été estimé à 48,000\$ par an. Je ne pense pas que les ménagères et les femmes au foyer... quand on parle de pension pour ces gens, il semble justifié de prévoir qu'elles aussi toucheront une pension et qu'elles ne se trouveront pas dans la nécessité d'avoir une allocation d'épouse parce que leur conjoint ne gagne pas suffisamment ou parce qu'à l'âge de 65 ans, sa pension est insuffisante.

Nous avons également recommandé le partage automatique de la pension entre les conjoints, à l'âge de 60 ans, pour qu'en cas de décès de l'un des conjoints, le survivant obtienne 50 p. 100 du revenu du conjoint décédé, ce qui lui assure 75 p. 100 de la pension au lieu de 50 p. 100, comme à l'heure actuelle. Comme beaucoup de travailleurs sociaux pourraient vous l'assurer, et quelle que soit la province dans laquelle vous vivez, une personne seule ne peut vivre avec la moitié du revenu d'un

[Texte]

that the survivor's pension should be 60%, and I think the Pension Reform committee recommended 60%. But the people on the street who are working with these troublesome situations are all stating that 75% is a far better and more welcome figure than the lower one.

Page 5 and item 12, the matter of the income tax deductions for interest: the \$1,000 level has remained at the \$1,000 level for quite some years, and all my divisions have recommended that that be increased to \$2,000 or \$2,500. Our Canadian Constitution and the arrangements we have in Canada specify that we have equal treatment across the country coast to coast, no matter which province we are living in; but unfortunately this does not necessarily hold true for senior citizens.

People who are slightly above or within \$3,000 of that GIS figure are in a truly uncomfortable situation. We feel strongly that to maintain their morale, maintain their health and positive attitudes towards living, giving them that type of an increase, since so many of them have worked so hard to remain independent, would be a very good situation, both for them and for the government; because so many of the stresses and strains now land these people in hospitals and nursing homes at far greater cost to the government than if they had been given a few concessions through income tax and additional pension.

This matter of the 60-64 . . . Quebec has been mentioned. As an ex-Albertan . . . people who are 55 to 64 and whose incomes are insufficient . . . the Alberta government brings them up to the OAS-GIS level of 65. So that is one of the provinces. Unfortunately in Nova Scotia no one other than those on Guaranteed Income Supplement is given any extra assistance.

• 2140

On page 6, in number 14, there are several items which, we think, again support people and encourages them to stay at home, and encourages families to look after their older people at home, preventing them from going too soon into senior's units, nursing homes or hospitals in acute care.

On the matter of giving the relief for singles within the \$3,000 in (d) we were concurring with Miss Cheevers.

As to the substitute homemaker cost for caring for the elderly, there should be a deduction for that. We ran into the very unfortunate situation recently of hearing about the nurse who had to give up her job, stay home, and look after her mother. And when her money ran out, she went to the city's social services and asked that she be permitted to have the homemaker allowance to help her to stay home to look after

[Traduction]

couple, et 75 p. 100 paraît un pourcentage plus réaliste. Je sais qu'un grand nombre des mémoires sur ce sujet proposaient une pension de survivant de 60 p. 100, et c'est la recommandation adoptée par le Comité de réforme des pensions. Les gens ordinaires qui se retrouvent dans ces situations vous diront tous que 75 p. 100 de la pension serait beaucoup plus acceptable et plus réaliste.

À la page 5, sous le point 12, nous traitons de la question des déductions d'impôt sur le revenu pour les intérêts: le revenu franc d'impôt avait été fixé il y a quelques années à 1,000\$, et n'a pas changé depuis, mais tous mes groupements recommandent que cette somme passe à 2,000 ou à 2,500\$. La constitution canadienne et les dispositions des lois de notre pays stipulent que l'égalité doit régner dans tout le pays, quelle que soit la province où nous vivons; malheureusement, cela ne s'applique pas toujours aux personnes âgées.

Les personnes qui ont un revenu de 3,000\$ ou un peu plus du chiffre prévu pour le SRG sont vraiment dans la misère. Nous estimons que pour soutenir leur moral, préserver leur santé et leur optimisme, il serait bon de leur accorder ce genre d'augmentation, car un grand nombre d'entre elles ont travaillé très dur pour conserver leur indépendance, et que ce serait bénéfique tant pour eux que pour le gouvernement. En effet, ces personnes sont si malheureuses et exposées à tant de tension qu'elles doivent souvent être hospitalisées ou vivre dans des asiles de vieillards et coûtent de la sorte beaucoup plus au gouvernement que si on leur avait accordé quelques concessions sous la forme d'une augmentation de pension ou d'une diminution d'impôt.

Quand à la question de la tranche d'âge de 60 à 64 ans on a parlé du Québec. En ma qualité d'ancien Albertain, je vous ferai remarquer que le gouvernement de l'Alberta verse aux personnes âgées de 60 à 64 ans dont les revenus sont insuffisants, une pension égale à l'AV et au SRG des personnes âgées de 65 ans. Je vous cite donc le cas d'une des provinces. En Nouvelle-Écosse, malheureusement, seules les personnes qui touchent le supplément de revenu garanti reçoivent une aide supplémentaire.

Au numéro 14 de la page 6, on signale un bon nombre de choses qui, à notre avis, aident les gens qui veulent rester au foyer, encouragent les familles à s'occuper des personnes âgées à la maison, pour qu'elles n'aient pas, quand elles sont encore relativement jeunes, à vivre dans les maisons pour personnes âgées, les foyers nourriciers ou les unités de soins spéciaux des hôpitaux.

Pour ce qui est de l'aide aux personnes célibataires, je parle des 3,000\$ prévu à l'alinéa e), nous sommes d'accord avec M^{lle} Cheevers.

Quant au coût des soins à domicile pour les personnes âgées, il faudrait prévoir une déduction spéciale à cet égard. Nous avons été mis au courant d'un cas bien malheureux tout récemment. Il s'agissait d'une infirmière qui avait dû quitter son emploi et rester à la maison pour s'occuper de sa mère. Lorsqu'il ne lui resta plus d'argent elle s'adressa aux services sociaux de la ville et demanda de recevoir l'allocation spéciale

[Text]

her mother, and they refused. They would send a stranger into the home as a homemaker, but they would not support the daughter as a homemaker. This sort of thing, as I say, boggles my mind, let alone other people's.

The other element which has been given very little thought but would cut down on health costs considerably is the matter of adult "day care". On this continent, when we talk about day care it is immediately infants and children. In Europe, etc. "day care" may be at any age, and we are just in the process of becoming a mature society and learning that day care can be needed by not only the young but, also, the old. If we are going to provide support for supporters and prevent these people from being dumped into nursing homes, this really is a very important element in the levels of care that we need for seniors.

Getting back to our 60 to 64 group, and the usefulness of seniors in their communities, many of these people could well be educated and trained into the helping professions for their own peer group and older people. With our demographic figures coming rushing at us, the year 2000 is only 15 years away, and it seems there is far too little hard core, practical, planning being done across the board. There are exceptions in certain provinces, etc., I agree, but there is insufficient across-board planning to prevent some catastrophes that will be showing if the situation is not relieved.

As far as the 60 to 64 extension of spouses' allowances is concerned, we really believe it should perhaps have been tackled in another way, already mentioned in some quarters. When the Old Age Security pension was lowered from the age of 70 down to 64, it was done year by year by year by year. But it seems to us that it would have been far more fair to have taken the year-by-year-by-year system also in expanding the support for people who are in the 60 to 64 age category, rather than just to pick out one particular group and support them.

We certainly are pleased that the government has taken action. We were hoping that the legislation we have been awaiting for so long perhaps would have been forthcoming a bit more rapidly. Mr. Lalonde's budget last year in 1984 was mentioned any number of elements to improve the pension system and, of course, it got stalled as a result of the election campaign and the election results.

We gather here has been a second pension conference in November which resulted in decisions being made about revising the Pension Act. I certainly hope one of the elements

[Translation]

destinée aux ménagères, ce qui lui permettrait de rester à la maison pour s'occuper de sa mère. On la lui refusa. Les responsables de ces services sont disposés à envoyer une parfaite étrangère dans ce foyer pour remplir le rôle de ménagère, mais ils ne sont pas prêts à accorder la même location à la fille pour le même travail. Je trouve cela absolument inacceptable, et je suis convaincue que je ne suis pas la seule.

Il existe un autre élément qui n'a pas reçu une très grande attention, mais qui permettrait de réduire les coûts des soins de façon considérable; il s'agit des soins à domicile pour adultes. En Amérique, lorsque nous parlons des soins de ce genre on pense immédiatement aux enfants, en particulier aux enfants en bas âge. En Europe et ailleurs, ces soins sont accordés à toutes les personnes qui le désirent, peu importe leur âge, et nous commençons seulement à apprendre que les soins à domicile sont nécessaires non seulement pour les jeunes mais également pour les personnes âgées. Si nous avons l'intention d'aider ceux qui les aident et d'empêcher que les personnes âgées ne soient automatiquement envoyées dans des foyers, c'est un élément primordial des soins à accorder aux personnes âgées.

Pour en revenir à notre groupe des 60 à 64 ans, et à l'utilité des personnes âgées dans leur collectivité, j'aimerais signaler que nombre de ces personnes pourraient fort bien recevoir la formation nécessaire pour aider les personnes de leur âge et même les personnes plus âgées. D'après les statistiques que nous disposons sur la situation démographique, et étant donné que dans 15 ans nous serons déjà en l'an 2,000, le temps est venu de passer à une planification pratique générale, ce qui a manqué jusqu'à présent. Evidemment il existe des exceptions dans certaines provinces, je le reconnais, mais il n'existe pas de planification générale suffisante pour empêcher des catastrophes; si on ne remédie pas à la situation dès maintenant, je suis convaincue que nous allons au devant de graves problèmes.

Pour ce qui est de la question d'accorder l'allocation au conjoint au groupe de 60 à 64 ans, nous croyons sincèrement qu'on aurait pu aborder la question d'une autre façon, comme l'ont d'ailleurs signalé certains groupes. Lorsque l'on a décidé d'accorder la sécurité de la vieillesse aux personnes de 64 ans et plus, au lieu de 70 ans et plus, on a procédé de façon très progressive, d'année en année. Il me semble qu'il aurait été beaucoup plus juste d'adopter ce système également dans ce cas, plutôt que de vouloir régler le problème du groupe entier.

Nous sommes certainement heureux que le gouvernement ait pris des mesures à cet égard. Nous aurions voulu que cette loi qui se fait attendre depuis, soit adoptée plus rapidement. Dans le budget qu'a présenté M. Lalonde l'année dernière, en 1984, on proposait toutes sortes de choses pour améliorer le système de retraite et, évidemment, les choses ont été arrêtées en raison des élections générales et des résultats que nous connaissons tous.

A la suite de la deuxième conférence sur les pensions qui a eu lieu en novembre, on a décidé de revoir la Loi sur les pensions. J'espère bien que l'on autorisera les bénéficiaires de

[Texte]

will be the one where those who have been married and have a survivor's pension will be able to retain that pension should they marry again, because the increases in costs, etc., are such that we would be into the same situation of people living common law because they can retain their own pensions. I think this is a very unfortunate element to have on the books.

The one element that I think is important to all of us across the country, with this evenness in mind, is this whole matter of the provincial and federal pension legislation having a common base and common elements in it. Therefore, people in one or two provinces getting certain additional pension supports and those in others not getting them can be eradicated.

I think the other element in this, to avoid the necessity at some future date for such pensions as these, is the whole matter of both the public and the private sectors working as a team to help with the pension situation. I think pensions should be mandatory, and I know that is a sticky wicket, but because people are living longer and longer I think we have to come to terms with how we are going to make this possible. I would trust the pension legislation that is in the mill, so to speak, as far as I am given to understand, will rectify that particular situation.

I am running short of time, but I do not think I have anything particularly... With respect to money matters, I have just one other comment. Where do we find the money for some of these extra pensions if all those aged 60 to 64 were to be assisted or if we were to do it year by year and phase it in?

Reading the newspapers and listening to the Auditor General and a few other sources of information, as a taxpayer myself I think it would be very interesting if the government planes were to be grounded and our MPs and our Cabinet Ministers used Air Canada, CP Air, Nordair, Pacific Western and so forth. Everybody is supposed to tighten their belts, apparently, except the people who are representing us in the House of Commons and the Senate, some of our provincial legislators, etc. I think people have to be seen to lead, having served for almost four years in the navy. There is a lot of criticism from the lower ranks coming up regarding the examples being set for us from those above, and I think it would be very beneficial if we could see some results of belt-tightening.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Fraser. You have given us a very comprehensive survey of your brief you submitted earlier.

Our half-hour is just about exactly up now, but if there are some questions, I suppose we could go on until 10 p.m. That should be the ultimate deadline, though. I would recognize members for perhaps one short question, for two or three minutes.

Mr. Malépart.

[Traduction]

la pension de réversion à conserver cette pension même s'ils se remarient; en effet, l'augmentation des coûts et bien d'autres facteurs entrent en ligne de compte, et de toute façon nous nous retrouverions dans la même situation que les conjoints de droit coutumier qui, eux, peuvent conserver leur pension. Je crois qu'il est très malheureux que cette situation existe toujours.

Tous les Canadiens soucieux de justice en matière de pension estiment important que les lois fédérale et provinciales sur les pensions aient un fondement et des éléments communs. Ainsi, tous les Canadiens, peu importe leur province, seraient traités de la même façon.

Afin d'éviter d'avoir, plus tard, à prévoir d'autres allocations ou pensions spéciales, je crois important que les secteurs privé et public collaborent afin de régler la question des pensions. À mon avis les pensions devraient être obligatoires; je sais que c'est un problème bien épineux, car les gens vivant toujours plus longtemps, il nous faut trouver les moyens d'assurer à tous et chacun une pension. J'espère que la Loi sur les pensions qu'on est en train de rédiger permettra de remédier à ce problème.

Il ne me reste que très peu de temps, mais je ne crois pas avoir quelque chose de spécial à ajouter... Pour ce qui est des questions financières, je n'ai qu'une petite remarque à faire. Où trouverons-nous l'argent pour financer ces autres pensions si toutes les personnes âgées de 60 à 64 ans reçoivent une aide particulière, ou si l'on met en oeuvre ce programme d'aide de façon progressive année après année?

Après avoir lu les journaux, écouté le vérificateur général et fait appel à d'autres sources de renseignement, à titre de contribuable, je crois qu'il serait fort intéressant de demander à tous les employés du gouvernement, aux députés, aux ministres de voyager désormais à bord d'Air Canada, de CP Air, Nordair, Pacific Western et d'autres grandes compagnies du genre, au lieu d'utiliser les avions spéciaux du gouvernement. On dit que tout le monde doit économiser, mais cela semble s'appliquer à tout le monde sauf à ceux qui nous représentent à la Chambre et au Sénat, même aux assemblées législatives provinciales. J'ai fait partie de la marine pendant quatre ans et j'ai appris pendant cette période qu'il nous fallait des chefs, des meneurs. Le petit fonctionnaire se plaint beaucoup du comportement de ceux qui occupent des postes élevés, et je crois qu'il serait fort utile que ces derniers se montrent capables d'économiser.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Fraser. Vous avez su nous présenter un résumé fort détaillé du mémoire que vous avez présenté.

Les 30 minutes que nous avions prévues sont presque écoulées, mais s'il y a des questions, nous pourrions poursuivre jusqu'à 22 heures. Il ne faudra cependant pas dépasser cette heure. Je suis disposé à laisser les députés poser une toute petite question, peut-être deux ou trois minutes.

Monsieur Malépart.

[Text]

Mr. Malépart: Merci. Tout d'abord, je tiens à vous féliciter pour la qualité de votre mémoire et la conviction avec laquelle vous l'avez présenté.

• 2150

Je ne vous parlerai pas du projet de loi C-26. Vous nous avez donné l'exemple de l'infirmière qui avait quitté son emploi pour prendre soin de sa mère—je présume qu'elle était célibataire—et qui n'avait donc plus droit à un salaire. Maintenant, étant donné qu'elle s'est sacrifiée pour s'occuper de sa mère, elle n'aura pas droit à l'allocation au conjoint. Elle aura fait épargner de l'argent aux contribuables canadiens, mais parce qu'elle ne s'est pas mariée, elle sera pénalisée une deuxième fois.

Vous soulignez un point important. Le gouvernement a décidé de tenir compte des pensions reçues du secteur privé aux fins de l'assurance-chômage. Maintenant, les personnes qui prendront leur retraite prématurément et qui recevront une pension du secteur privé n'auront plus droit aux prestations d'assurance-chômage, puisqu'on tiendra compte du montant qu'elles auront reçu. Je vous remercie d'avoir soulevé cette question.

Mrs. Finestone: That was point five.

Mrs. Fraser: I think the other element, too, in this is the matter of the great rate at which people are being offered early retirement, or firms are reducing staff, etc., so that there are a lot of people entering the unemployment part of our picture from 55 on, if not from 45 on. This is going to have a tremendous impact on the aspects of pensions, etc.

There is another item I did not mention, and I think it should be, and it will probably cause a scream from the private sector—and I have experience with computers and all the rest of it; I worked in a medical school for quite some time—and it is the whole matter of automation and computers and robots and the jettisoning of employees as a result, or some employees being retreaded upwards and a high percentage of them not being able to move upwards and, therefore, being moved out.

I think, in view of the fact that a robot can work 24 hours around the clock, and the productivity, etc., of the businesses and industries using automation, employing less and less people, that a percentage of that income or profit they make through automation should go into pensions, particularly to pay for pensions for the unemployable, the unemployed, and even the homemakers at home. I think it is quite reasonable to expect these companies, that do have a social responsibility to their communities, not just their shareholders, to be contributing to pension funds, whether it is by a robot, or whether it is by an employee, or whether it is their own administration.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart.

Mr. Young.

[Translation]

Mr. Malépart: Thank you. First of all, I would like to congratulate you, Mrs. Fraser, for your very good brief and for the true feelings that permeated your statement.

I do not intend to talk about Bill C-26. You gave us the example of a nurse who had to leave her job in order to take care of her mother—I suppose that nurse was single—and who therefore was not entitled to a salary. Now, since she sacrificed her life to take care of her mother, she will not be entitled to the spouse's allowance. During her life, she will have saved Canadian taxpayers' money, but because she did not get married, she will be penalized once again.

You did mention another important aspect. The government has decided to take into account pensions received from the private sector for unemployment insurance benefits purposes. This means that those who will retire early and will receive a pension from the private sector will not be entitled to unemployment insurance benefits because the government will take into account the money they will have received. I would like to thank you for having mentioned that aspect.

Mme Finestone: C'était le point n° 5.

Mme Fraser: Un autre aspect important, à mon sens, est le fait qu'on offre à un nombre de Canadiens toujours plus élevé la possibilité de prendre une retraite anticipée, que les sociétés réduisent leur personnel de sorte que bien des personnes âgées de 55 ans et même de 45 ans deviennent chômeurs. Cela aura une incidence très importante sur les divers aspects des pensions.

J'aimerais signaler un autre aspect que je n'ai pas mentionné tout à l'heure, qui me semble fort important, et qui soulèvera probablement d'ailleurs une tollé de protestations de la part du secteur privé—j'aimerais signaler tout d'abord que je connais l'informatique, j'ai travaillé dans une école de médecine pendant un bon nombre d'années—il s'agit de l'automatisation, de l'informatisation et de la robotique, et de la suppression de postes que ces progrès techniques vont entraîner. Certains employés pourront changer de catégorie d'emploi, mais d'autres ne pourront obtenir de promotion et seront tout simplement remerciés.

Étant donné qu'un robot peut fonctionner 24 heures par jour, et que les entreprises et industries automatisées ont une très grosse productivité, et emploient toujours moins de personnes, je crois qu'un pourcentage des revenus ou des profits assurés par l'automatisation devrait être réservé pour des régimes de retraite, particulièrement pour verser une pension à ceux qui ne peuvent trouver d'emploi, à ceux qui n'en ont pas et aux ménagères. Il me semble raisonnable de demander à ces sociétés, qui ont une responsabilité sociale dans la collectivité, et pas seulement envers leurs actionnaires, de contribuer aux caisses de retraite, que ce soit par l'entremise d'un robot, d'un employé ou de la direction.

Le président: Merci, monsieur Malépart.

Monsieur Young.

[Texte]

Mr. Young: I do not know if you will cause them heart attacks, but when they read that, they will sure have fits of anxiety at the least.

Thank you very much. You have made some interesting points, and I think you have heard most of the questions since you can do it. Just once, I would like to hear a Minister say that. I mean, I have heard Minister after Minister, since I have been here in the last five years, say, we cannot do it because it costs too much money, period. For once I would like to hear one saying, it costs too much money, but we are trying to find ways to do it.

I just want to make several comments based on some of the points that you have raised.

You know, once, just once, I would like to hear a Minister come before a committee and say, we cannot do it because it costs too much money; however, we are taking a look at ways we can do it. Just once, I would like to hear a Minister say that. I mean, I have heard Minister after Minister, since I have been here in the last five years, say, we cannot do it because it costs too much money, period. For once I would like to hear one saying, it costs too much money, but we are trying to find ways to do it.

One of the points that you raise makes an interesting contribution, I think, and it was made yesterday, and has been made previously by other groups and different committees, and that is that one of the major things a government could do, and they would be well advised to do it, is to ask for the active participation—not just consultation, but the active participation—of the consumers of the services that are being provided by government.

I am sure if they did that they would have all kinds of creative suggestions to look at vis-à-vis allowing individuals to live in the community with some government support rather than confining them to institutions, which is a very, very expensive thing to do in a dollar sense apart from the social benefits that would be provided. There is a whole host of areas like that, some of these points that you have raised here.

• 2155

Mrs. Fraser: A question I would like to ask, Mr. Young, is on this whole matter of the administration of the Canada Pension Plan, because here we go dividing it up for provinces per capita, lending it out at a very low interest. I gather there is no guarantee when it will be paid back, if ever. If it is paid back, it is going to be through provincial tax, and as pensioners ourselves paying tax, we are going to be paying back through the pension money we have already put in as employees in our working days.

Mr. Young: If you felt you could cause heart attacks amongst the business community, I am going to cause a few heart attacks amongst the medical profession.

The Chairman: They get them quickly enough.

Mr. Young: They get them quickly enough, right. But the attitude of society towards our aged is really quite atrocious in many respects, and while we view Third World under-

[Traduction]

M. Young: Je ne sais pas si les cadres du secteur privé feront des crises cardiaques, mais je suis convaincu qu'ils se feront beaucoup de mauvais sang lorsqu'ils liront cette proposition.

Merci beaucoup. Vous avez signalé des aspects fort intéressants, et je crois que vous avez entendu les questions qui ont été posées depuis le début de la réunion.

Je me contenterai de quelques remarques sur ce que vous avez dit.

J'aimerais qu'une fois, une seule fois, un ministre compare devant un comité et dise: nous ne pouvons pas le faire parce que cela coûte beaucoup trop cher, mais nous sommes disposés à étudier les moyens d'atteindre ces objectifs. J'aimerais qu'un ministre le dise, ne serait-ce qu'une seule fois. Depuis cinq ans j'entends les ministres répéter qu'ils ne peuvent pas faire telle ou telle chose parce que cela coûte trop cher. Un point c'est tout. J'aimerais simplement qu'un d'entre eux nous dise que cela coûte trop cher, mais qu'ils vont chercher à faire quelque chose quand même.

Un des aspects que vous avez signalés est fort intéressant; il a d'ailleurs été signalé hier et par bien d'autres groupes et comités: une des choses que le gouvernement pourrait, et devrait faire, serait de demander aux utilisateurs des services fournis par le gouvernement de participer activement, au lieu de se contenter de les consulter.

Si on procédait de cette façon, on pourrait avoir toutes sortes de bonnes idées permettant de laisser les personnes âgées vivre dans la collectivité grâce à une aide du gouvernement, au lieu de les enfermer dans des institutions, choix qui est fort coûteux et qui prive la collectivité de la contribution des personnes âgées. Il y a énormément de choses à faire dans ce sens, et vous en avez signalé un certain nombre.

Mme Fraser: J'aimerais poser une question, monsieur Young, en ce qui a trait à l'administration du Régime de pensions du Canada, parce que les choses varient selon les provinces et le nombre d'habitants, et des prêts sont offerts à des taux fort avantageux. Il ne semble cependant pas exister de garantie quant à leur remboursement. S'il y a remboursement, ce sera grâce aux impôts provinciaux; et puisque les retraités paient des impôts, on leur demandera de rembourser avec les prestations de retraite, c'est-à-dire avec de l'argent déjà versé dans la caisse de retraite durant leurs années d'activité professionnelle.

M. Young: Si vous aviez peur de causer des crises cardiaques dans le secteur privé, je peux vous assurer que, moi, je vais en causer chez les professionnels du secteur médical.

Le président: Même sans vous, ils en ont des crises cardiaques.

M. Young: C'est vrai. L'attitude de la société envers les personnes âgées est absolument inadmissible à bien des égards, et même si nous voyons les pays sous-développés du tiers-

[Text]

developed countries in a rather biased view, they could teach us an awful lot about the way society should consult and treat and view the aged in society.

The medical profession for years—and I fully expect Dr. Halliday to come after me either here or later on—have been treating elderly people as having spent their time in society and being no longer productive in the work force. Very many do, but not you, Dr. Halliday; I know you are different. But there have been horror stories throughout the years, especially in the attitude towards women over age 40, never mind age 65. Her every problem is treated like this: Well, it is her age; her family is up; give her some valium. As a result of that, it has become very costly in terms of providing medical services. Perhaps if the medical profession had a bit more in the scholastic area to teach doctors how to treat people with problems over 40, it might be better for the medical profession and certainly better for society.

Mrs. Fraser: I could cheer you up on that one, and I will support the medical profession up to a point. I had a sabbatical . . .

Mr. Young: There goes the heart attack.

Mrs. Fraser: —leave in 1977 and 1978, and I had four months in Britain, two and a half on the continent, two and a half in the United States and two and a half crossing Canada. British geriatrics at that point was about 20 years ahead of Canada and about 40 years ahead of America. Since then we have been benefiting from a British geriatrician, Dr. Brocklehurst, who spent his sabbatical in Saskatoon, and Dr. Dahl from Glasgow, who spent his sabbatical at the Ottawa Civic Hospital. We have geriatricians scattered rather thinly across the country in the various provinces, and they are the ones we have to hang on to like a lifebelt, because when you watch the results of British geriatrics, it is absolutely incredible what they do for their old people.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Fraser.

Mrs Finestone, do you want to wrap up the questioning tonight?

Mrs. Finestone: First of all, I want to tell you what an absolute delight it is to have a role model such as you come in here.

Mrs. Fraser: I have never thought of myself in that way.

Mrs. Finestone: Well, you are.

I guess it is not in the form of a question; it is more in the form of a statement. I had the privilege of knowing Maggie Kuhn of the Grey Panther movement in the United States and spent quite a bit of time with her when working on pre-retirement, called *Lifelong Living and the Use of Leisure All of One's Life*.

I think your observations are excellent. I appreciate them very much. I was very sensitive to the portrait you painted of

[Translation]

monde d'une façon plutôt partielle, ils pourraient nous enseigner bien des choses en ce qui a trait à la façon dont la société devrait consulter, traiter et percevoir les personnes âgées.

Depuis des années la profession médicale—et je m'attends à ce que le docteur Halliday en reparle maintenant ou plus tard—traite les personnes âgées comme si elles n'étaient pas capables de rien offrir à la société. Ce n'est peut-être pas votre cas, docteur Halliday, mais bien des médecins ont cette attitude; je sais que vous n'êtes pas comme les autres. On nous a compté bien des histoires d'horreur au fil des ans, particulièrement en ce qui a trait à l'attitude que l'on a envers les femmes de plus de 40 ans; on peut imaginer quelle est leur attitude envers les femmes de 65 ans. Chaque fois qu'elle a un problème on réagit de la façon suivante: c'est son âge, ses enfants ont grandi, l'ont quittée; donnez-lui du valium. Cette attitude coûte cher en services médicaux. Si l'on enseignait aux médecins comment traiter les personnes de plus de 40 ans qui ont des problèmes, la profession médicale et toute la société s'en porteraient peut-être mieux.

Mme Fraser: J'abonde dans votre sens et je suis disposé à aider la profession médicale jusqu'à un certain point. J'ai pris un congé sabbatique . . .

M. Young: Et voilà, une crise cardiaque!

Mme Fraser: . . . en 1977 et en 1978, et j'ai passé quatre mois en Grande-Bretagne, deux mois et demi en Europe, deux mois et demi aux États-Unis et deux mois et demi au Canada. Pour ce qui est du traitement des personnes âgées, la Grande-Bretagne a près de vingt ans d'avance sur le Canada et quarante ans sur les États-Unis. Depuis nous avons l'avantage d'avoir obtenu les services d'un spécialiste britannique en ce qui a trait aux personnes âgées, Dr Brocklehurst, qui a passé son congé à Saskatoon, et Dr Dahl de Glasgow, qui a passé son congé à l'Hôpital civique d'Ottawa. Nous avons un nombre limité de spécialistes dans le traitement des personnes âgées au Canada, dans les diverses provinces, et nous devons vraiment nous accrocher à eux, parce que lorsqu'on étudie les résultats obtenus dans le traitement des personnes âgées, on constate qu'ils font des choses extrêmement extraordinaires pour ces personnes âgées.

Le président: Merci beaucoup, madame Fraser.

Madame Finestone, voulez-vous terminer la période des questions?

Mme Finestone: Tout d'abord, j'aimerais vous dire à quel point c'est un plaisir pour nous d'accueillir ce soir une personne aussi exemplaire que vous.

Mme Fraser: Je n'ai jamais pensé à me donner en exemple.

Mme Finestone: Vous en êtes pourtant un.

Ce n'est pas une question que je vais poser mais plutôt une petite déclaration que j'aimerais faire. J'ai eu l'honneur de connaître Maggie Kuhn, du mouvement des panthères grises des États-Unis, et j'ai passé pas mal de temps avec elle lors de la préparation du document sur la préretraite *Lifelong Living and the Use of Leisure All of One's Life*.

Je crois que vos observations sont excellentes, fort intéressantes. J'ai été touchée par votre allusion au revenu «gelé» et

[Texte]

the frozen income and the problem particularly of those who served us so well in World War I and World War II, who did live through that era that was so painful, in terms of their being able to accumulate the protection which they now need in their older years.

Mrs. Fraser: That was my father's generation.

Mrs. Finestone: Yes, and I think it is important that it be underscored because, certainly, I think there is no way in which most of society looks at those men and women who did not marry or produce a family. If that is the view, I am glad you are here to testify that this should not be the view, and I do not think it will remain the view if you continue to be the vocal proponent for that sector of our society, of whom we are very, very proud.

• 2200

I really hope to use many of the points you have raised in your brief. Some of it will be considered regressive, I must tell you, by some groups who are here . . .

Mrs. Fraser: I realize that. It was 1983, and we are now in 1985.

Mrs. Finestone: Yes, there were a few updatings I was going to suggest.

Mrs. Fraser: I did not get time to update. I apologize for that.

Mrs. Finestone: I just want to thank you for showing us how partnership in lifetime living can be an effective way of life . . . and continue the excellent work with your group. It was a privilege to hear the lady yesterday and you today. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mrs. Finestone.

Mrs. Fraser, I think that is as adequate and eloquent a going-away comment as . . .

Mrs. Fraser: I certainly appreciate it.

The Chairman: —I could make on behalf of the committee. We thank you for being with us, and we appreciate your testimony.

May I just close the meeting by reminding members that our next meeting will be Tuesday, May 14 at 3.30 p.m., in this same room. Appearing then will be the Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, on his main estimates for 1985-86. It has been verbally agreed among the parties and the clerk and myself that we will confine the questions on that day to the votes concerning health care and reserve the others. If we do not finish that, so be it, but the next time we will consider welfare. The Minister will be here, so let us try to get here on time, if we can, so we can get started on time.

[Traduction]

plus particulièrement au problème de ceux qui nous ont si bien défendus lors de la Première et de la Seconde guerre mondiale, qui ont survécu à cette période tragique, et qui ont cherché à mettre de côté afin de se protéger quand elles seraient âgées.

Mme Fraser: C'était la génération de mon père.

Mme Finestone: Oui, et je crois qu'il est important que l'on fasse ressortir cette situation parce qu'il faut certainement tenir compte de la façon dont l'ensemble de la société traite ceux qui ne se sont pas mariés ou qui n'ont pas eu d'enfant. Je suis heureuse que vous soyez venue nous dire qu'il fallait mieux traiter ces personnes, et je suis convaincue que la situation changera si vous continuez à défendre ce groupe de Canadiens, dont nous sommes si fiers.

J'espère pouvoir me servir d'un bon nombre de questions que vous avez soulevées dans votre mémoire. Certains groupes jugeront certaines de vos propositions rétrogrades . . .

Mme Fraser: J'en suis consciente, car ce mémoire a été rédigé en 1983 et nous sommes maintenant en 1985.

Mme Finestone: C'est exact, j'allais proposer une certaine mise à jour.

Mme Fraser: Je n'en ai pas eu le temps, je m'excuse.

Mme Finestone: Je tiens à vous remercier de nous avoir montré comment la collaboration et l'entraide peuvent assurer une vie meilleure. Je vous encourage à poursuivre votre excellent travail avec votre groupe. Je dois dire que nous avons été choyés de pouvoir vous entendre aujourd'hui et d'entendre la dame qui a comparu devant le Comité hier. Merci.

Le président: Merci, madame Finestone.

Madame Fraser, je crois que cette remarque est une façon adéquate et éloquente de vous . . .

Mme Fraser: J'en suis heureuse.

Le président: . . . de vous remercier d'avoir comparu devant le Comité. Nous tenons à vous remercier d'avoir été des nôtres, et je tiens à vous assurer que nous avons vraiment apprécié votre témoignage.

J'aimerais terminer en rappelant aux membres du Comité que notre prochaine réunion aura lieu le mardi 14 mai à 15h30 dans cette salle. Nous accueillerons alors l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, qui discutera alors du budget des dépenses principal de 1985-1986. Les représentants des divers partis, le greffier et moi-même sommes convenus qu'à cette occasion nous nous contenterons de poser des questions sur les crédits touchant les soins médicaux et que nous attendrons une autre occasion pour poser d'autres questions. Si nous n'avons pas le temps de finir, tant pis. La prochaine fois nous étudierons le bien-être social. Le ministre sera des nôtres, et je vous invite, si vous le pouvez, à arriver à l'heure pour que nous puissions commencer à 15h30 pile.

[*Text*]

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[*Translation*]

La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the National Action Committee on the Status of Women: *Du Comité canadien d'action sur le statut de la femme:*

Louise Dulude, Vice-President;
Anne Betz, Treasurer.

Louise Dulude, vice-présidente;
Anne Betz, trésorière.

From the National Anti-poverty Organization:
Patrick Johnston, Executive Director.

De l'Organisation nationale anti-pauvreté:
Patrick Johnston, directeur exécutif.

From the Canadian Pensioners Concerned Inc.:
Doreen Fraser, President.

De la Corporation des retraités canadiens intéressés:
Doreen Fraser, présidente.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Tuesday, May 14, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le mardi 14 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Main Estimates 1985-86: Votes 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40,
75, and 80 under NATIONAL HEALTH AND
WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1985-1986: crédits 1, 5,
10, 25, 30, 35, 40, 75 et 80 sous la rubrique SANTÉ
NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Hon. Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'hon. Jake Epp,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Friday, May 10, 1985:

Édouard Desrosiers replaced Don Ravis;
Bill Domm replaced John A. MacDougall;
Benno Friesen replaced Bob Brisco;
Bill Lesick replaced Guy Ricard;
Joe Price replaced Marcel Tremblay.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le vendredi 10 mai 1985:

Édouard Desrosiers remplace Don Ravis;
Bill Domm remplace John A. MacDougall;
Benno Friesen remplace Bob Brisco;
Bill Lesick remplace Guy Ricard;
Joe Price remplace Marcel Tremblay.

ORDER OF REFERENCE

Tuesday, February, 26, 1985

ORDERED,—That Consumer and Corporate Affairs Votes 1, 5, 10, 15 and 20;

That External Affairs Vote L15; and

That National Health and Welfare Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 and 80 for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Le mardi 26 février 1985

IL EST ORDONNÉ,—Que les crédits 1, 5, 10, 15 et 20, Consommation et Corporations;

Que le crédit L15, Affaires extérieures; et

Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 et 80, Santé nationale et Bien-être social, pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986, soient déférés au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

C.B. KOESTER

The Clerk of the House of Commons

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 14, 1985

(21)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:39 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Pauline Browes, Leo Duguay, Douglas Frith, Bruce Halliday, W. Paul McCrossan, Brian White.

Alternates present: Sheila Finestone, Tom Hockin, David Orlikow.

Appearing: The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. L.M. Black, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch; Dr. M. Jérôme-Forget, Assistant Deputy Minister, Policy Planning and Information Branch; Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch. *From the Medical Research Council:* Dr. Pierre Bois, President.

The Order of Reference dated Tuesday, February 26, 1985, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1986, being read as follows:

ORDERED,—That Consumer and Corporate Affairs Votes 1, 5, 10, 15 and 20;

That External Affairs Vote L15; and

That National Health and Welfare Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 and 80 for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

On motion of Doug Frith, seconded by Pauline Browes, it was agreed,—That Votes 1, 15 20 and 45 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE be considered on Tuesday, May 28, 1985 at 8:00 o'clock p.m., relative to this Order of Reference and,—That Votes 50, 55, 60, 65 and 70 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE be considered on Wednesday, May 22, 1985 at 4:00 o'clock p.m.

On motion of Brian White, seconded by Sheila Finestone, it was agreed,—That the meeting scheduled for Thursday, May 16, 1985 at 9:30 and 11:00 o'clock a.m. be rescheduled for Tuesday, June 4, 1985 at 3:30 and 8:00 o'clock p.m.

By unanimous consent, the Chairman called Votes 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 75 and 80 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

The Minister made a statement and, with the witnesses, answered questions.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 14 MAI 1985

(21)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 39, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Pauline Browes, Leo Duguay, Douglas Frith, Bruce Halliday, W. Paul McCrossan, Brian White.

Substituts présents: Sheila Finestone, Tom Hockin, David Orlikow.

Comparaît: L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; Dr L.M. Black, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux; Dr M. Jérôme-Forget, sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information; M. Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé. *Du Conseil de recherches médicales:* Dr Pierre Bois, président.

Lecture de l'ordre de renvoi du mardi 26 février 1985 relatif au Budget des dépenses principal pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986, est donnée en ces termes:

IL EST ORDONNÉ,—Que les crédits 1, 5, 10, 15 et 20, Consommation et Corporations;

Que le crédit L15, Affaires extérieures; et

Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 et 80, Santé nationale et Bien-être social, pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986, soient déferés au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Sur motion de Doug Frith, appuyé par Pauline Browes, *il est convenu*,—Que les crédits 1, 15, 20 et 45, inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, soient étudiés le mardi 28 mai 1985, à 20 heures, conformément au présent ordre de renvoi et,—Que les crédits 50, 55, 60, 65 et 70, inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, soient étudiés le mercredi 22 mai 1985, à 16 heures.

Sur motion de Brian White, appuyé par Sheila Finestone, *il est convenu*,—Que les séances prévues pour le jeudi 16 mai 1985, à 9 h 30 et à 11 heures, soient reportées au mardi 4 juin 1985, à 15 h 30 et à 20 heures.

Par consentement unanime, le président met en délibération les crédits 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 75 et 80 inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

At 5:14 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of
the Chair.

A 17 h 14, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation
du président.

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

EVIDENCE*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, May 14, 1985

• 1539

The Chairman: Ladies and gentlemen, the Chair sees a quorum.

Today we are commencing consideration of main estimates 1985-86, votes 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 75 and 80 under National Health and Welfare.

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Departmental Administration Program

Vote 1—Program expenditures.....\$39,979,000

Health Services and Promotion Program

Vote 5—Operating expenditures.....\$21,873,000

Vote 10—Grants and contributions.....\$26,725,000

Medical Services Program

Vote 25—Operating expenditures.....\$348,259,000

Vote 30—Capital expenditures.....\$27,794,000

Health Protection Program

Vote 35—Operating expenditures.....\$93,957,000

Vote 40—Capital expenditures.....\$12,108,000

Medical Research Council

Vote 75—Operating expenditures.....\$3,222,000

Vote 80—Grants and contributions.....\$127,086,000

The Chairman: I shall ask the clerk if he will read to us the order of reference, please.

The Clerk of the Committee: Ordered that Consumer and Corporate Affairs votes 1, 5, 10, 15 and 20; that External Affairs vote L15; and that National Health and Welfare votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 and 80 for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

The Chairman: Before calling upon the Minister to make any opening remarks, there is a bit of business we should transact in relation to this.

• 1540

You will recall that at our last meeting we indicated we would be considering today those votes on the health side of the estimates. We have now been able to confirm with the Minister that he will be available to consider the other votes on the welfare side on Tuesday, May 28, at 8 p.m. This was partly done to help accommodate our NDP member, Mrs. Margaret Mitchell, who is out of the country at present and who was anxious to be here for part, if not all of, the estimates. We will

TÉMOIGNAGES*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 14 mai 1985

Le président: Mesdames et messieurs, je constate qu'il y a quorum.

Nous amorçons aujourd'hui notre étude du budget des dépenses principales de 1985-1986, les crédits 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 75 et 80 sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

Programme de l'administration centrale

Crédit 1—Dépenses du programme.....\$39,979,000

Programme des services et de la promotion de la santé

Crédit 5—Dépenses de fonctionnement.....\$21,873,000

Crédit 10—Subventions et contributions.....\$26,725,000

Programme des services médicaux

Crédit 25—Dépenses de fonctionnement.....\$348,259,000

Crédit 30—Dépenses en capital.....\$27,794,000

Programme de la protection de la santé

Crédit 35—Dépense de fonctionnement.....\$93,957,000

Crédit 40—Dépenses en capital.....\$12,108,000

Conseil de recherche médicale

Crédit 75—Dépenses de fonctionnement.....\$3,222,000

Crédit 80—Subventions et contributions.....\$127,086,000

Le président: Je vais maintenant demander au greffier de donner lecture de l'ordre de renvoi.

Le greffier du Comité: Il est ordonné que les crédits 1, 5, 10, 15 et 20 du ministère de la Consommation et des Corporations, que le crédit L15 du ministère des Affaires extérieures et que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 et 80 du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986, soient renvoyés au Comité permanent de la Santé, du Bien-être social et des Affaires sociales.

Le président: Avant de céder la parole au ministre pour ses observations préliminaires, nous devons régler quelques questions de procédure.

Nous avons décidé, lors de notre dernière réunion, rappelons-le, de nous pencher aujourd'hui sur les crédits ayant trait à la santé. Nous avons maintenant pu confirmer avec le ministre qu'il sera disponible pour l'étude des autres crédits ayant trait au bien-être social le mardi 28 mai à 20 heures. Nous avons décidé de procéder de cette façon pour rendre service à M^{me} Margaret Mitchell du NPD, qui était en voyage à l'étranger, mais qui désirait être ici pour l'examen d'au moins une partie des crédits du ministère. Nous pourrions ainsi

[Texte]

have it fixed so she will be able to be here for the welfare part of the estimates.

The Minister of Fitness and Amateur Sport will be available to consider all the remaining votes—that is for fitness and amateur sport and the XV Olympic Winter Games program—on Wednesday, May 22, at 4 p.m.

I think it would be appropriate if I could have a motion from the committee indicating their agreement with those plans for the consideration of the estimates. It is moved by Mr. Frith, seconded by Mrs. Browes.

Motion agreed to

The Chairman: Thank you.

The committee has a motion already before it indicating that the committee had agreed to proceed with clause-by-clause consideration of Bill C-26 on Thursday, May 16, at 9.30 a.m. Because of unavoidable circumstances with the Minister and his need to be in Winnipeg at that time, if I am not mistaken, he will be unable to be here on that date. We have been able to arrange for an alternative date for clause-by-clause consideration of Bill C-26—that is the one on spouse's allowance—for Tuesday, June 4, at 3.30 p.m., and, if necessary, continuing on that evening at 8. That is Tuesday, June 4.

Mr. McCrossan: Mr. Chairman, I have on my calendar that we were doing clause by clause on May 21. Is that still on?

The Chairman: No.

Mr. McCrossan: That has been changed as well?

The Chairman: That has been changed as well. I think the Minister has a problem on that date as well, if I am not mistaken. Since it is his bill, and he is prepared to allow us to delay it that much longer till June, I guess we do not need to be concerned.

Could we have somebody move that we accept that schedule for clause-by-clause consideration on Bill C-26? Mr. White so moves, seconded by Mrs. Finestone.

Motion agreed to

The Chairman: Now we have today, and we wish to welcome the Minister, the Hon. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, for his first visit here, I believe—on main estimates anyway. We are pleased to have you here, Mr. Minister.

We note that these votes today relate to the following programs and agencies of the department, namely Departmental Administration Program, Health Services and Promotion, Medical Services Program, Health Protection Program, and the Medical Research Council.

Perhaps you would like to introduce to us your principal officials who are here with you.

[Traduction]

l'avoir avec nous pour l'étude des crédits consacrés au bien-être social.

Par ailleurs, le ministre de la Condition physique et du Sport amateur sera disponible pour tous les autres crédits, c'est-à-dire les crédits pour le Programme de la condition physique et du sport amateur et les crédits pour le Programme des XVIèmes jeux olympiques d'hiver, le mercredi 22 mai à 16 heures.

Il serait utile d'avoir une motion du Comité qui indique qu'il est d'accord avec ces dispositions pour l'étude des crédits budgétaires. M. Frith en fait la proposition, appuyé par M^{me} Browes.

La motion est adoptée

Le président: Merci.

En outre, le Comité a déjà adopté une motion indiquant qu'il est d'accord pour procéder à l'article par article du projet de loi C-26 le jeudi 16 mai à 9h30. Cependant, à cause de circonstances incontrôlables, le ministre doit se trouver à Winnipeg au même moment. Il lui est donc impossible de comparaître en comité à cette date. Nous avons pu nous entendre sur une autre date pour l'étude article par article du projet de loi C-26, qui, comme chacun le sait, porte sur les allocations au conjoint, et cette date est le mardi 4 juin à 15h30, avec possibilité de poursuivre à 20 heures. Donc, la nouvelle date est le mardi 4 juin.

M. McCrossan: Mon agenda indique que nous devons procéder à l'étude article par article le 21 mai. Cette date est maintenue?

Le président: Non.

M. McCrossan: C'est donc un autre changement?

Le président: En effet. Sauf erreur, le ministre n'est pas disponible ce jour-là non plus. Il reste que c'est son projet de loi. S'il est prêt à attendre jusqu'au mois de juin, c'est sa décision. Nous n'avons pas à nous en inquiéter.

Quelqu'un désire-t-il proposer la motion modifiant les dates pour l'étude article par article du projet de loi C-26? M. White appuyé de M^{me} Finestone.

La motion est adoptée

Le président: Nous souhaitons aujourd'hui la bienvenue au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Jake Epp. C'est sa première visite au Comité, si je comprends bien, du moins pour l'examen des prévisions principales. Nous avons grand plaisir à l'accueillir.

Les crédits sur lesquels nous sommes appelés à nous pencher aujourd'hui, rappelons-le, portent sur les programmes ministériels et les organismes suivants, le Programme de l'administration centrale, le Programme des services et de la promotion de la santé, le Programme des services médicaux, le Programme de la protection de la santé et le Conseil de recherche médicale.

Le ministre pourrait commencer par nous présenter les principaux fonctionnaires qui l'accompagnent.

[Text]

Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare): Mr. Chairman, and members of the committee, first of all, thank you for giving me the opportunity to examine the estimates with you. Before I introduce officials of the department, I would also like to thank you for adjustments to your calendar. May 16, I should just mention, is the day when I will be in Winnipeg to meet with provincial Ministers of Health, and it was for that reason that the change was requested. I appreciate the committee's adjustment in that regard.

With me are the Deputy Minister of the Department of National Health and Welfare, David Kirkwood; Del Lyngseth, Assistant Deputy Minister, Corporate Management Branch; Dr. Monique Jérôme-Forget, Assistant Deputy Minister in charge of the Policy, Planning and Information Branch; Dr. Peter Glynn, ADM, Health Services and Promotion Branch; Dr. Lyle Black, ADM, Medical Services Branch; Dr. Bert Liston, ADM, Health Protection Branch, and we will not ask him to tell us about all the letters we get because of that work.

• 1545

Then also on the Medical Research Council side, because we have both here, we have the Chairman of the MRC, Dr. Pierre Bois; Gérald Leduc, Executive Secretary; Mr. Alderice Belliveau, Director, Corporate Management; and Dr. Francis Rolleston, Director, Public Affairs.

So MRC and Health and Welfare are both represented. There are other officials here as well and they might be called but will not be introduced at this time.

Mr. Chairman, I believe members of the committee have copies of both the general statement introducing the estimates of the department as well as the MRC, and I will be inserting the MRC statement after the first paragraph of page 6 in case you see me doing the flips.

Mr. Chairman, thank you for this opportunity. I am pleased to address the committee regarding the estimates of the Department of National Health and Welfare for the current fiscal year and to discuss both the department's and the Medical Research Council's planned activities over this period.

In the 1985-86 fiscal year these estimates anticipate a requirement of \$26.3 billion, a net increase of \$2.4 billion over 1984-85 estimates. This consists almost entirely of net increases in statutory payments, and they are as follows:

—an increase of \$890 million in transfer payments to the provinces and territories under the Canada Health Act for ensured health services and extended health care services;

[Translation]

L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Monsieur le président, membres du Comité, avant de vous présenter les hauts fonctionnaires du ministère, je voudrais commencer par vous remercier de me donner l'occasion d'examiner les prévisions du ministère avec vous et d'avoir bien voulu modifier votre programme de travail. Le 16 mai, je vous le rappelle, je dois être à Winnipeg pour une rencontre avec les ministres provinciaux de la Santé. C'est pour cette raison que je vous ai demandé de bien vouloir modifier la date. Je vous en suis fort reconnaissant.

M'accompagnent aujourd'hui le sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M. David Kirkwood, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la gestion ministérielle, M. Del Lyngseth, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, le docteur Monique Jérôme-Forget, le sous-ministre adjoint à la Direction générale des services et de la promotion de la santé, le docteur Peter Glynn, le sous-ministre adjoint à la Direction générale des services médicaux, le docteur Lyle Black, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la protection de la santé, M. Bert Liston, et nous n'allons pas lui demander combien de lettres il a reçues récemment dans le cadre de son travail.

Du Conseil de recherche médicale, parce qu'il est également représenté ici, nous avons le président, Dr Pierre Bois, le secrétaire exécutif, M. Gérald Leduc, le directeur de la gestion intégrée, M. Alderice Belliveau et le directeur des affaires publiques, M. Francis Rolleston.

Donc et le Conseil de recherche médicale et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sont ici aujourd'hui. Il y a également un certain nombre d'autres fonctionnaires qui sont venus répondre aux questions, au besoin, ils seront présentés au fur et à mesure.

Monsieur le président, je pense que les membres du Comité ont déjà reçu des exemplaires des exposés tant du Ministère que du Conseil de recherche médicale au sujet de leurs prévisions budgétaires je les présenterai tous les deux et insérerai celui du Conseil de recherche médicale après le premier paragraphe à la page 7, au cas où vous voudriez suivre.

Monsieur le président, je suis heureux d'avoir l'occasion d'entretenir le Comité au sujet du budget du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et du Conseil de recherche médicale pour l'exercice en cours et de discuter des activités prévues par le ministère pour cette période.

Pour l'exercice 1985-1986, nous prévoyons des dépenses de l'ordre de 26.3 milliards de dollars, soit une augmentation nette de 2.4 milliards de dollars par rapport au budget de 1984-1985. Ceci est dû presque uniquement à une hausse des paiements statutaires, dont voici quelques exemples:

—une hausse de 890 millions de dollars en paiements de transfert aux provinces et aux territoires, en vertu de la Loi canadienne sur la santé, pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

[Texte]

—an increase of \$232.4 million in transfer payments to the provinces and territories under the Canada Assistance Plan as a result of continuing high numbers of provincial social assistance costs and increases in provincial expenditures for welfare services;

—an increase of \$1.165 billion for payments under the Old Age Security Act, including spouse's allowance and Guaranteed Income Supplement, a result of legislative changes, growth in population and quarterly escalation of benefits; and

—an increase of \$81 million in payments under the Family Allowances Act, where the increased benefits are partially offset by a forecast reduction in the number of beneficiaries.

The remaining \$63 million of the overall increase for my department includes:

—an increase of \$48 million in contributions and capital expenditures on behalf of the XV Olympic Winter Games, which will be addressed more fully by the Minister of State for Fitness and Amateur Sport;

—a decrease of \$19 million in payments to provinces for the Services to Young Offenders Program, which reflects the coming into effect of the Young Offenders Act and expenditures by the Department of the Solicitor General;

—an increase of \$14 million to cover price increases for goods and services required in the normal operations of the department, as well as salary and wage increases;

—an increase of \$8 million for contributions under the National Native Alcohol and Drug Abuse Program;

—an increase of \$5 million to extend health services to federal public servants in occupations and locations not previously served by the program; and

—a number of other changes in workload and program costs totalling a net increase of \$7 million.

At this time I would like to highlight some of the program initiatives that will be part of the work of the Department of National Health and Welfare during this year. I will not, however, be addressing, as I mentioned already, the XV Olympic Winter Games Program.

The Health Services and Promotion Program will concentrate on drawing public attention to the health dangers associated with smoking, alcohol and drug abuse. This year special attention will be directed toward children and youth, women, the elderly and the disabled. Healthier lifestyles will be promoted through informational programs which will be made available to community groups, health agencies and voluntary organizations.

[Traduction]

—une augmentation de 232.4 millions de dollars en paiements de transfert aux provinces et aux territoires en vertu du régime d'assistance publique du Canada, du fait des frais toujours élevés de l'assistance sociale provinciale et de la hausse des coûts des services de bien-être dans les provinces.

—une augmentation de 1.165 milliard de dollars pour les paiements effectués en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse, y compris l'allocation au conjoint et le supplément de revenu garanti, à la suite de modifications apportées à la loi, de la croissance de la population et de l'augmentation trimestrielle des prestations.

—enfin, une hausse de 81 millions de dollars en paiements versés en vertu de la Loi sur les allocations familiales, augmentation compensée en partie par une réduction prévue du nombre de bénéficiaires.

Les autres 63 millions de dollars prévus au budget de mon Ministère se répartissent comme suit:

—une hausse de 48 millions de dollars en contributions et en dépenses en capital pour les XVe Jeux Olympiques d'hiver, au sujet de laquelle le ministre de la Condition physique et du Sport amateur pourra vous donner tous les détails.

—une baisse de 19 millions de dollars en paiements aux provinces pour les services destinés aux jeunes contrevenants, reflétant l'entrée en vigueur de la Loi sur les jeunes contrevenants et les dépenses engagées par le ministère du Solliciteur général.

—une augmentation de 14 millions de dollars pour couvrir l'augmentation du prix des biens et services requis pour le fonctionnement normal du Ministère, ainsi que les augmentations de salaire et de traitements;

—une augmentation de 8 millions de dollars pour les contributions versées en vertu du programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones;

—une augmentation de 5 millions de dollars pour étendre les services de santé de manière à les offrir aux fonctionnaires fédéraux occupant des postes ou travaillant dans des lieux qui n'étaient pas visés par le programme;

—enfin, plusieurs autres changements apportés à la charge de travail et aux coûts de programme, lesquels entraînent une augmentation nette de 7 millions de dollars.

Je profite maintenant de l'occasion pour souligner certaines des initiatives de programme au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année à venir. Toutefois, je n'aborderai pas le programme de la condition physique et du sport amateur, ni celui des XVe Jeux Olympiques d'hiver.

Dans le cadre du programme des services et de la promotion de la santé, le ministère visera particulièrement à attirer l'attention du public sur les dangers que constitue, pour la santé, l'abus du tabac, de l'alcool et des drogues. Cette année, nous nous intéressons plus spécialement aux enfants et à la jeunesse, aux femmes, ainsi qu'aux personnes âgées et aux handicapés. Des modes de vie plus sains seront proposés à la population par l'intermédiaire de programmes d'information que l'on mettra à la disposition des divers groupes communautaires, organismes de santé et organisations de bénévoles.

[Text]

The Social Services Program intends to improve the service it provides to provincial social services programs by further rationalizing the administration of the Canada Assistance Plan—and I should point out to members that a federal-provincial conference was held recently at which time we agreed on two things: one, to meet again in September and, secondly, at which time we want to look at various matters in which we can bring more flexibility into the Canada Assistance Plan; you might want to ask me that at the next meeting as well—and by continuing to experiment in the developmental use of social assistance funding. It will continue to support, through consultative services and research, initiatives on behalf of the disabled and single parent families, the victims of family violence, and isolated older people. These are groups whose needs are being increasingly recognized by Canadians.

• 1550

With respect to the health situation of native people, a new endeavour called the Indian and Inuit Professional Health Careers Development Program will promote the education and training of Indian and Inuit in this field. Related to this, consideration is being given to para-professional health career development, Indian/Inuit in-service development and training and community health development. These new thrusts should help correct and answer the need of Indian and Inuit communities to receive quality health care from people of their own culture.

To better meet the health needs of Indian and northern communities, a health promotion strategy is being developed to advocate health by any combination of education, organizational and economic interventions in order that personal health practices and environmental conditions conducive to health be valued, supported and adopted by individuals and by the community.

In the new year there will be an extension of health services to federal public servants in occupations and locations not previously served. This initiative will require the development of an ongoing training program for health professionals in occupational health, and of educational programs for public servants in general.

We will be moving to strengthen our Health Protection Program. For instance, in order to ensure that the program operates in laboratory facilities adequate for its needs, with particular attention to staff safety, the major renovation and construction programs initiated in the previous two years will be continued. Construction costs of a new regional office-laboratory facility in Vancouver are estimated to be \$3.7

[Translation]

Au chapitre du programme des services sociaux, l'intention est d'améliorer le service fourni aux programmes provinciaux de services sociaux en rationalisant davantage la gestion du Régime d'assistance publique. A ce sujet, je ferai remarquer que lors d'une récente conférence fédérale-provinciale nous nous sommes entendus sur deux choses. D'abord, de nous rencontrer de nouveau en septembre. Deuxièmement, d'examiner à ce moment-là la possibilité de rendre le régime l'assistance publique du Canada plus souple. Vous voudrez peut-être m'interroger sur ce sujet précis lors de mon prochain passage devant le Comité. Par ailleurs, les expériences se poursuivront sur l'utilisation du financement de l'assistance sociale dans le contexte du développement. Ils continueront, par le biais de services de conseillers et de recherches, d'appuyer des projets au nom des personnes handicapées, des familles monoparentales, des victimes de la violence dans la famille et des personnes âgées vivant seules. Ceux-ci sont des groupes pour lesquels les Canadiens reconnaissent de plus en plus les besoins.

En ce qui concerne l'état de santé des autochtones, une nouvelle mesure appelée le Programme de perfectionnement professionnel pour ouvrir aux Indiens et aux Inuit des carrières dans le domaine de la santé mettra de l'avant la formation théorique et pratique des Indiens et des Inuit dans ce secteur d'activité. Dans le même ordre d'idées, on se penche actuellement sur les possibilités de carrière des para-professionnels de la santé, la formation et le perfectionnement en cours d'emploi des Indiens et des Inuit, et la formation en santé communautaire. Ces nouvelles mesures devraient aider à remédier à la situation de sous-représentation des Indiens et des Inuit dans les professions de la santé et à répondre au besoin, pour les populations autochtones, de recevoir des services de santé de qualité, dispensés par des personnes de leur propre culture.

Dans le but de mieux satisfaire au besoin des populations indiennes et du Nord, le ministère élabore présentement une stratégie de promotion de la santé visant à mettre l'accent sur une meilleure santé au moyen de toutes les combinaisons possibles d'intervention aux niveaux éducatif, organisationnel ou économique, de façon que les habitudes sanitaires personnelles et les conditions du milieu qui favorisent un meilleur état de santé soient valorisées, appuyées et adoptées par les personnes visées et par la population en général.

Au cours de l'année qui s'amorce, les services de santé au fonctionnaires fédéraux seront étendus à certains postes et lieux non desservis auparavant. Pour ce faire, nous devons mettre sur pied un programme de formation permanente en hygiène du travail, à l'intention des professionnels de la santé, ainsi que des programmes d'information destinés aux fonctionnaires en général.

Nous prendrons les mesures nécessaires pour renforcer notre Programme de protection de la santé. Par exemple, pour bien veiller à ce que ce programme soit appliqué dans des laboratoires adaptés à ses besoins, plus particulièrement en ce qui a trait à la sécurité des employés, nous poursuivrons les programmes majeurs de rénovation et de construction entrepris au cours des deux dernières années. On prévoit que les coûts de

[Texte]

million in 1985-86. Renovations to the Environmental Health Centre will commence in 1985.

In addition, efforts will be exerted to initiate or finalize formal and informal agreements with international federal, provincial and municipal agencies and professional bodies to define work-sharing arrangements. These include the negotiation of agreements with China, Japan, Israel and the United States regarding such issues as food safety and good laboratory practice.

In 1985-86, work will commence on the systems design phase of a project to update, improve and incorporate technological advance in relation to income security programs delivery systems. This should result in improved service to the public, an increase in overall efficiency and a reduction in administrative costs. I should also mention that the department has begun a four-year program of mailing out statements to individuals telling them about the status of their Canada Pension Plan contributions. The personalized information package tells contributors how much they have paid into the plan and how much they could expect to receive if they were eligible now to collect those benefits. We hope this will encourage Canadians to plan adequately for their retirement and for the security of their families.

I think it is important to stress that, in spite of the financial constraints on available resources, this government remains firmly committed to our policy of providing financial assistance to those who need it the most. For example, the government is extending the spouse's allowance to all low-income widows and widowers aged 60-65. The resources for this legislative change are not included in the printed main estimates for 1985-86, but will appear as an item in supplementary estimates.

Slipping over to the MRC report and beginning at paragraph 2, page 1, the council's 1985-86 budget, as presented in Part II and Part III of the estimates, amounts to \$130.6 million, of which \$127.1 million is allocated for grants and scholarships and \$3.5 million for administration costs. This was a net decrease of \$26.4 million or 16.8% from the previous year's main estimates.

This situation resulted from the approval of a \$50-million increase in June 1983 covering a two-year period, 1983-84 and 1984-85. The council's main estimates for 1985-86 reflected the end of this two-year period and a return to the base budget of 1983-84, plus inflationary adjustments.

As you know, the council's budget was recently increased by \$30.9 million for the current year and this will be an item in the 1985-85 supplementary estimates. The decision of the government to increase the MRC budget to its previous year's

[Traduction]

construction du nouvel édifice devant abriter les bureaux et laboratoires d'un service régional à Vancouver se chiffrent à 3.7 millions de dollars en 1985-1986. La rénovation du Centre d'hygiène du milieu sera entreprise en 1985.

De plus, nous déploierons des efforts en vue d'entreprendre ou de conclure des négociations à l'égard d'entente formelle ou autre avec des organismes internationaux, fédéraux, provinciaux et municipaux, ainsi qu'avec des corps professionnels, dans le but de définir des modalités de travail partagé. Cela comprend la négociation d'accord avec la Chine, le Japon, la France, Israël et les États-Unis, sur des questions comme la sécurité des aliments et les bonnes pratiques de laboratoire.

L'exercice 1985-1986 verra le début des travaux portant sur la phase de conception des systèmes d'un projet visant à mettre à jour, à améliorer et à mettre en application les aspects techniques des systèmes de prestation des programmes de sécurité du revenu. Il devrait en résulter un meilleur service au public, une meilleure efficacité générale, ainsi qu'une diminution des frais administratifs. Je devrais également indiquer que le ministère a initié un programme quadriennal en vertu duquel chacun recevra par la poste un compte rendu de ses contributions au Régime de pension du Canada. Ces données personnalisées renseignent les cotisants sur ce qu'ils ont versé au régime et combien ils pourraient recevoir s'ils étaient présentement admissibles aux prestations. Nous espérons que cela encouragera les Canadiens à planifier de façon adéquate leur retraite et la sécurité de leur famille.

Il est, à mon avis, important de bien souligner qu'en dépit des restrictions financières frappant les ressources disponibles, notre gouvernement, fidèle à sa politique, continue à fournir une aide financière à ceux qui en ont le plus besoin. Nous étendons, par exemple, les allocations au conjoint à tous les veufs et à toutes les veuves à faible revenu, âgés de 60 à 65 ans. Les ressources dont aura besoin le ministère par suite de cette modification législative ne sont pas comprises dans le budget principal de 1985-1986, mais elles le seront dans le budget supplémentaire.

Je vais maintenant passer au rapport sur les activités du Conseil de recherche médicale du Canada, dont je vais vous lire le texte à partir du deuxième paragraphe de la page 1. Le budget du Conseil pour 1985-1986 tel que présent dans les Parties II et III du budget des dépenses s'élève à 130.6 millions de dollars, dont 127.1 millions correspondent aux subventions et aux bourses, et 3.5 millions aux frais d'administration. Ceci représente une diminution réelle de 26.4 millions de dollars ou 16.8 p. 100 par rapport au budget des dépenses de l'année précédente.

Cette situation s'explique du fait que l'approbation d'une augmentation de 50 millions de dollars en juin 1983 ne couvrait qu'une période de deux ans, 1983-1984 et 1984-1985. Le budget des dépenses du Conseil pour 1985-1986 reflète donc la fin de cette période et un retour au budget de base de 1983-1984 auquel s'ajoutent des ajustements pour l'inflation.

Comme vous le savez, le budget du Conseil a été augmenté récemment d'un montant de 30.9 millions de dollars pour l'année en cours, et ceci apparaîtra comme un article au budget des dépenses supplémentaires pour 1985-1986. Cette

[Text]

funding level was greeted with enthusiasm by Canadian scientists and investigators in health sciences. This funding increase will allow the MRC to maintain in 1985-86 the activity level of the previous year and to pursue the implementation of the five-year plan.

The following are some of the issues to which the council will pay particular attention during the current year. One of the objectives of the plan concerned the funding available for teams of accomplished investigators. The two programs promoting collaborative research, namely the MRC groups and the programs grants, have been completely revised by council in order to make them more accessible and attractive. The objective of these programs is to stimulate multi-disciplinary research and to promote the development of centres of excellence.

• 1555

I should say, Mr. Chairman, that I am a strong proponent of these centres of excellence; we have many Canadians who are very fine research leaders, not only in Canada but world-wide. I think as Canadians we sometimes have been reluctant to beat the drum. I think it is time that we do. It is not government initiative, it is Canadians who should be thus honoured and given the profile that I believe they need. Presently the council devotes approximately 10% of its budget to these two programs.

The training of clinician scientists is another priority of council. Two reports submitted to council in recent years, 1981 and 1985, have stressed the need to improve the situation. The clinician scientists have had a very important role in the transfer of scientific knowledge and its application to patient care. The council will soon propose changes to its award programs in order to encourage more young clinicians to acquire training in research. Already in dentistry, a new fellowships program is being made available in order to promote training in clinical dental research.

Finally, during the recent update of the five-year plan the MRC Standing Committee on Priorities and Planning studied various possibilities to promote university-industry liaison in medical research. A number of measures have been submitted to council and various alternatives have been discussed. The council will formulate a policy to this effect in the near future.

I should also mention to committee members on that point that in the recent Cabinet discussion in which the \$30.9 million increase was approved, strong emphasis was placed that the transfer between pure research and industrial benefits as they relate both to economic activity and job creation should be stressed.

Lastly, Mr. Chairman, I have spent the last few minutes on a number of different initiatives in order to share with you

[Translation]

décision du gouvernement de rétablir le budget du Conseil au niveau de l'année précédente a été accueillie avec enthousiasme par les chercheurs et les scientifiques oeuvrant dans les sciences de la santé au Canada. Ceci permettra au Conseil de poursuivre ses activités en 1985-1986 et de continuer la mise en oeuvre de son plan quinquennal.

Voici brièvement quelques éléments auxquels le Conseil accordera une attention particulière pour l'année en cours. L'un des objectifs du plan concernait le financement d'équipes de chercheurs. A cet effet, le programme des groupes du CRM et les subventions de programmes communs de recherche ont été entièrement révisés par le Conseil afin de les rendre plus accessibles et plus attrayants. Ces programmes ont pour but de stimuler la recherche multi-disciplinaire et de favoriser la formation de centres d'excellence.

Je tiens à préciser, monsieur le président, que je suis un fervent défenseur de ces centres d'excellence. Le pays compte de nombreux Canadiens qui sont à la pointe des recherches non seulement au Canada, mais à l'échelle mondiale. Les Canadiens ont, il me semble, toujours hésité à battre le tambour, mais je pense qu'il est grand temps que nous le fassions. Il ne s'agit pas ici d'initiatives gouvernementales, mais d'initiatives prises par des Canadiens, qui méritent d'être honorés et reconnus. À l'heure actuelle, le Conseil consacre environ 10 p. 100 de son budget à ces deux programmes.

Un autre objectif concerne la formation de cliniciens-chercheurs. Deux études soumises au Conseil au cours des dernières années, en 1981 et en 1985, démontrent clairement le besoin d'améliorer la situation sur ce plan. Les cliniciens-chercheurs jouent un rôle très important au niveau du transfert des connaissances nouvelles et de leur application aux soins de santé. Le Conseil proposera sous peu des modifications à ses programmes de bourse en vue d'inciter un plus grand nombre de jeunes cliniciens à acquérir une formation en recherche. Déjà, pour les diplômés en dentisterie, le Conseil annonce un nouveau programme de bourse favorisant la recherche en clinique dentaire.

Enfin, dans le cadre de la récente mise à jour du plan quinquennal, le Comité permanent du Conseil sur les priorités et la planification a étudié longuement diverses possibilités de promouvoir les collaborations de recherche entre les universités et l'industrie. Plusieurs propositions ont été soumises au Conseil et diverses modalités ont été examinées. Le Conseil se propose de formuler prochainement une politique à cet égard.

Je signalerais par ailleurs aux membres du Comité que, lors de la récente discussion du Cabinet au cours de laquelle l'augmentation de 30,9 millions de dollars fut approuvée, on avait souligné qu'il faudrait mettre l'accent sur le transfert entre la recherche pure et les applications industrielles dans le contexte tant de l'activité économique en général que de la création d'emplois.

Je vous ai entretenus, au cours des dernières minutes, d'un certain nombre de mesures que nous entendons prendre, pour mieux vous faire partager les divers défis qui s'offrent au

[Texte]

some of the diverse challenges that face the Department of National Health and Welfare, as well as the MRC.

Let me conclude these opening remarks and then turn back to the business before us today. I would be happy to respond to any questions the committee might have regarding the expenditures of 1985-1986.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. We will follow the usual procedure. I will ask the spokesman for the Official Opposition to lead off, if he wishes. It will be ten minutes for each of the three spokesmen, followed by five minutes thereafter.

Mr. Frith: Thank you, Mr. Chairman. Let me just indicate on my first round that I prefer to stay with the issue of the Canada Health Act and relate to items that are going to be, I would assume, Mr. Minister, on your agenda with the health Ministers two days hence.

First I will ask the question that has been raised not only in the House of Commons but also by a number of Canadians who represent consumer groups across the nation; that is, the commitment the present government has to the principles that were outlined in the Canada Health Act passed by this Parliament approximately one year ago today. For instance, Mr. Minister, in the Province of Ontario—where we have had a recent provincial election, which I think to some extent highlighted the problem on extra-billing—it appears the penalties that are presently in the Canada Health Act are not sufficient to stop these provinces from continuing the practice of extra-billing.

We had a Premier of the Province of Ontario who on the one hand was espousing his commitment to the populace by stating that he wished to have extra-billing eliminated, but at the same time was writing to the physicians who are operating under the Ontario Medical Association and indicating to them that he was prepared to live with a certain amount of extra-billing. Clearly, if that is the case—and I do not think the Province of Ontario is the only one—if we believed a year ago that the principle of the Health Act should mean that extra-billing be banned in this country, and if the penalties are not sufficient to stop that practice by the provincial governments, then are you, as the Minister of National Health and Welfare, going to propose amendments to that Canada Health Act to increase the penalties to stop them from extra-billing?

Mr. Epp (Provencher): Thank you, Mr. Frith.

First of all, the principles of the Canada Health Act, as you know, were endorsed by the then government and the opposition and are endorsed by this government, are being maintained and upheld by this government. I think it is important that members of the committee know what those principles are; they refer to principles such as universality, accessibility, portability, public administration. Those principles are in place.

[Traduction]

ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi qu'au Centre de la recherche médicale.

J'aimerais maintenant, monsieur le président, mettre un terme à ces observations préliminaires, afin que nous puissions mieux nous attaquer au sujet dont nous devons discuter. Je serais heureux de répondre à toutes les questions que les membres du Comité voudront bien me poser sur nos plans de dépenses pour 1985-1986.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Nous suivrons la formule habituelle. J'inviterai donc le porte-parole de l'Opposition officielle à ouvrir la discussion, s'il le veut bien. J'accorderai dix minutes à chacun des trois porte-parole, après quoi, les interventions des intéressés seront limitées à cinq minutes.

M. Frith: Merci, monsieur le président. J'entends, pour mon premier tour, me cantonner à la Loi canadienne sur la santé et aux questions qui figurent sans doute à l'ordre du jour prévu pour la rencontre que vous aurez dans deux jours avec vos homologues provinciaux.

Permettez-moi tout d'abord de vous poser une question qui a non seulement été soulevée à la Chambre, mais qui vous a également été adressée par un certain nombre de Canadiens qui représentent des groupes de consommateurs de partout au pays. Dans quelle mesure l'actuel gouvernement a-t-il épousé les principes contenus dans la Loi canadienne sur la santé que le Parlement adoptait il y a presque exactement un an? Monsieur le ministre, dans certaines provinces comme l'Ontario... où il y a récemment eu des élections provinciales qui ont mis en relief, au moins dans une certaine mesure, le problème du dépassement des tarifs... il semblerait que les pénalités prévues dans la loi ne sont pas suffisamment importantes pour mettre fin à cette pratique.

Nous avons un premier ministre de l'Ontario qui, d'un côté, disait à la population qu'il souhaitait éliminer le dépassement des tarifs et, de l'autre, écrivait aux médecins membres de l'*Ontario Medical Association* leur disant qu'il était prêt à accepter un certain dépassement des tarifs. Il est évident que si c'est le cas... et je ne pense pas que l'Ontario soit seul dans ce cas... si nous croyions, il y a un an, que le principe de la Loi sur la santé était l'interdiction, partout au Canada, du dépassement des tarifs, et si les pénalités ne sont pas suffisantes pour amener les gouvernements provinciaux à mettre fin à cette pratique, alors, comptez-vous, en tant que ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, proposer des amendements à la loi de façon à ce que soient augmentées les pénalités prévues en cas de dépassement des tarifs?

M. Epp (Provencher): Merci, monsieur Frith.

Tout d'abord, les principes de la Loi canadienne sur la santé avaient été appuyés, comme vous le savez, par le gouvernement d'alors et par l'opposition et l'actuel gouvernement les appuie et compte les faire respecter. Je pense qu'il est important que les membres du Comité sachent bien quels sont ces principes. Il s'agit notamment de ceux de l'universalité, de l'accessibilité, de la transférabilité et de l'administration publique. Ces principes sont bel et bien en place.

[Text]

What we had in the Canada Health Act went beyond those principles. What the Canada Health Act did was put forward a regime where if provinces chose to have extra-billing or user fees, a dollar-for-dollar withhold would be instituted on the basis of the estimated user fee or extra-billing, whatever may be the case.

• 1600

I think it is important to note that the Canada Health Act did not make extra-billing or user fees illegal. That is not what it did. It went in the only area, knowing the constitutional framework . . . I know Mr. Frith knows it as well, but the only constitutional framework the federal government, through federal legislation, could tap was on the funding side.

Now, I take a slightly different view than you do, Mr. Frith, in terms of extra-billing and what is happening to extra-billing. You make the point of whether or not the penalties are strong enough to stop extra-billing. I point out to you that there is a three-year period in which the funds are withheld, but if a province during that three-year period—we are now in our second year as of April 1—eliminates extra-billing or user fees, that money which has been withheld for that period of time would then be reimbursed to the provinces.

I cannot give you an assessment of what will happen in Ontario in view of the past election. You as an elector in Ontario might know a little more about that than I do. But suffice it to say that extra-billing in the provinces, if you go through it province by province over the first year of the Canada Health Act's being in effect, in fact is going down, quite apart from what else might happen in the provinces because of political changes that have taken place.

Mr. Frith: Mr. Minister, I want to get on to another section which deals with a specific region of the country, but on that issue of extra-billing—and I know that was the answer you gave me in the House of Commons—if you go back and look statistically at the number of physicians in any of the provinces that have extra-billed, there is an area in which we have gone up—for instance, in the Province of Ontario—as high as 23% of the physicians extra-billing and they have been as low as 9%, depending on how the negotiations went with the medical association representing the physicians in that province for that particular time.

I am suggesting to you that I do not want you to take a one-year trend line and suggest the problem is over. We still have patients across this country who write me, as an opposition critic, indicating that they are having difficulty with access to physicians in certain areas of the country as a result of the practice of extra-billing. It is having an adverse impact on user groups in this country, and I think it is an important principle. I know we put in those penalties a year ago. When we did put

[Translation]

La Loi canadienne sur la santé allait cependant bien au-delà de ces principes. En effet, elle instaurait un régime en vertu duquel les provinces qui optaient pour un certain dépassement des tarifs ou pour des frais d'utilisateurs se verraient retenir la somme équivalente, dollar pour dollar, au montant total des frais d'utilisateurs ou des charges supplémentaires, selon le cas.

Je pense qu'il est important de souligner que la Loi canadienne sur la santé ne rendait pas illégaux le dépassement des tarifs ni les frais d'utilisateurs. Là n'est pas ce qu'a fait la loi. Elle ne s'est prononcée que sur le seul domaine . . . Compte tenu du cadre constitutionnel . . . Je sais que M. Frith le sait lui aussi. À l'intérieur du cadre constitutionnel, le gouvernement fédéral ne peut, dans le cadre de ces lois, frapper que le côté financement.

En ce qui concerne le dépassement des tarifs, mon optique elle est sûrement différente de la vôtre monsieur Frith. Vous demandez si les pénalités sont suffisamment sévères pour mettre fin au dépassement des tarifs. Je répondrai que les fonds sont retenus pendant une période de trois ans, et nous en sommes maintenant, depuis le 1^{er} avril, à la deuxième année. Mais si une province élimine à l'intérieur de cet intervalle de trois ans le dépassement des tarifs ou les frais d'utilisateurs, alors l'argent qui aura été retenu jusqu'à ce moment-là lui sera rendu.

Je ne suis pas en mesure de prévoir quels changements supposeront pour l'Ontario les résultats obtenus lors des récentes élections. D'ailleurs, en tant qu'électeurs ontariens, vous êtes peut-être mieux renseigné que moi là-dessus. Qu'il suffise de dire que si vous passiez en revue les statistiques établies province par province pour la première année depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, vous constateriez, abstraction faite de l'évolution survenue en certaines provinces suite à des changements politiques, le dépassement des tarifs est en baisse.

M. Frith: Monsieur le ministre, j'aimerais passer à une autre série de questions qui traitent d'une région en particulier, mais toujours au sujet du dépassement des tarifs—la réponse que vous venez de me donner et celle que vous m'avez déjà donnée à la Chambre des communes—si vous prenez les statistiques provinciales sur le nombre de médecins qui dépassent les tarifs, vous constateriez qu'il y a eu certaines augmentations. En Ontario, par exemple, jusqu'à 23 p. 100 des médecins imposent des charges supplémentaires, mais ce groupe n'a à un certain moment compté que pour 9 p. 100 du total, selon la façon dont les négociations avec l'Association médicale de la province se déroulaient.

Je ne voudrais pas que vous vous fondiez sur l'expérience d'une seule année pour dire que le problème a été réglé. En tant que critique officielle de l'opposition, je reçois des lettres de patients de partout au pays qui me disent que dans certaines régions du pays ils ont du mal à avoir accès à des médecins à cause du dépassement des tarifs. Cette pratique a une incidence néfaste sur différents groupes d'utilisateurs au Canada, et il me semble qu'il s'agit là d'un principe important. Je sais

[Texte]

them in, I think we assumed the provinces would find that those penalties were of sufficient damage that it would be in their best interest to eliminate the practice of extra-billing.

What I would implore you to do two days hence when you meet with your provincial counterparts is to indicate that, as a national government, you are not prepared to give in to concessions that have been, I think, demanded of you by your provincial counterparts. But I would suggest you should be taking the tack that the penalties are not sufficient, that the people of this country want extra-billing banned. That is why we passed it and put in penalties, and if they are not sufficient, then I think the penalty should be raised on an amendment so there will be sufficient damage done to the provinces to eliminate the practice of extra-billing.

Be that as it may, I want to come back. You mentioned in your reply that some of the principles of the Canada Health Act were accessibility, non-profit nature, etc. I think you are aware, and I have a great deal of concern, about what is happening in the Province of British Columbia, not so much that it impacts on that one particular area of the country for the present time, Mr. Minister. But if that practice, which is inherent, and the response by the British Columbia government to the court challenge by the Canadian Association of Interns and Residents become a *modus operandi* for other provincial governments across this country, then we and you have a major problem on our hands in terms of the system of medicare that we have known, as Canadians, until now.

Let me just fill you in. When we talked about the principle of accessibility a year ago, it was not only accessibility of the patients to the medicare system, but there was also the principle of accessibility by physicians to the medicare system as well. As you know, the Province of British Columbia challenged that by eliminating a number of billing numbers to their doctors that went to the Supreme Court. The Supreme Court ruled that the British Columbia action was Orwellian and Draconian in nature and suggested that it violated the mobility and liberty sections of the Charter of Rights and Freedoms.

They in turn, in reaction to that, have tabled Bill 50 in the provincial legislature, by which they have indicated that they wish to eliminate the impact of that judgment made by the Supreme Court.

• 1605

They have also indicated that they are prepared to create, and this is a quote from their bill, "different classes of insured persons". And I think, as the Minister of National Health and Welfare, you should take the case that has been presented by the Canadian Association of Interns and Residents and put it at the top of your agenda two days hence, because if the British Columbia government can pass this type of legislation and there is not an outcry by the Minister who represents Canadian interests in this matter, then I am suggesting to you that other provinces will look upon that as perhaps a way in

[Traduction]

que nous avons instauré un certain nombre de pénalités il y a un an. Et nous pensions à l'époque que ces pénalités suffiraient pour convaincre les provinces qu'il serait de leur intérêt d'éliminer le dépassement des tarifs.

Dans deux jours, vous allez rencontrer vos homologues provinciaux, et ce que je vous exhorte à faire c'est de leur dire que votre gouvernement n'est pas prêt à se plier à leurs exigences. Votre position devrait être que les pénalités ne sont pas suffisantes et que le peuple canadien veut voir le dépassement des tarifs supprimé. C'est justement pour cette raison-là que nous avons adopté ce projet de loi et prévu un certain nombre de pénalités. Si ces dernières ne sont pas suffisantes, alors je pense qu'il faudrait proposer des amendements visant à les augmenter, afin que celles-ci nuisent suffisamment aux provinces pour qu'elles décident d'éliminer une fois pour toute le dépassement des tarifs.

Quoi qu'il en soit, j'aimerais maintenant remonter un peu en arrière. Vous avez dit dans votre réponse que figuraient, parmi les principes de la Loi canadienne sur la santé, ceux de l'accessibilité, de la nature non-lucrative de la chose etc. Vous êtes sans doute au courant de ce qui se passe en Colombie-Britannique et je dois dire que c'est là une situation qui me préoccupe beaucoup, non pas seulement pour que cela suppose pour les résidents de cette province, mais également parce que si la réponse du gouvernement de la province à l'action en justice intentée par l'Association canadienne des internes devait devenir un mode d'opération pour les autres gouvernements provinciaux du pays, alors nous serions aux prises avec un grave problème qui menacerait le système de soins de santé que nous avons jusqu'ici connu.

Permettez-moi de vous fournir quelques données. Lorsque nous avons discuté, il y a un an, du principe de l'accessibilité, il s'agissait non seulement de l'accessibilité des patients au système médical mais également de l'accessibilité des médecins à ce même système. Comme vous le savez, la province est allée à l'encontre de ce principe en éliminant un certain nombre de numéros de facturation. La Cour suprême a alors décidé que cette mesure est prise par la province pourrait être qualifiée d'Orwellienne ou de draconienne, et qu'elle violait les droits à la mobilité et à la liberté énoncés dans la Charte canadienne des droits et libertés.

La province, en déposant le projet de loi 50 à l'Assemblée législative, a affirmé qu'elle comptait annuler l'incidence du jugement rendu par la Cour suprême.

La province a également fait savoir qu'elle était prête à créer, et je cite, «différentes catégorie de personnes assurées». Il me semble que vous devriez, en tant que ministre de la Santé nationale et du Bien-être social adopté la prise de position de l'Association canadienne des internes et placé cette question tout à fait en haut de l'ordre du jour prévu pour vos deux journées de réunion. En effet, si le gouvernement de la Colombie-Britannique peut adopter ce genre de loi, et si le ministre qui représente les intérêts canadiens dans ce domaine ne réagit pas, alors il me semble que les autres provinces y

[Text]

which they can begin to control some of their medicare costs. I know, Mr. Minister, that you and I both agree that this was not the intent of the Canada Health Act. If there is a problem, for instance, on the number of physicians operating in the Province of British Columbia, then let us admit that the problem has been 15 to 20 years in the making and you do not, in my opinion, solve this problem of too many physicians in one particular province by using those draconian measures to limit the physicians in, first, a geographic region and, second, create a situation whereby patients are going to be denied accessibility to a physician of his choice.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I will try to cover the bases that Mr. Frith has.

First of all, addressing the suggestion you make that an amendment should be considered if the provinces feel the penalties are not severe enough to change extra-billing. Let us just look at what is happening in reality.

British Columbia does not have extra-billing. In Alberta, the extra-billing percentage is going down. In Saskatchewan, the Minister of Health, Mr. Taylor, has indicated through negotiations with the Saskatchewan Medical Association that extra-billing will be ended. In Manitoba, the Minister of Health has indicated it will be ended and that it will be replaced by binding arbitration. The Ontario situation we have already addressed. Quebec does not have extra-billing. New Brunswick already agrees it will eliminate extra-billing. Nova Scotia has already said they are going to eliminate extra billing. They have passed it. Prince Edward Island . . . I do not think the amount was such that it could be handled directly, if I recall my conversation with the Minister. And I think the same thing applies in Newfoundland.

So when you make the argument that in fact it is increasing, I just do not think the facts bear that out. Also, if you take a look at figures as of April 1, where we had to adjust or are adjusting to the new reality, as you know, the withhold has to be done on the basis of estimates; those estimates as well are beginning to reflect that kind of approach.

So I really think the three-year period is valid and we should simply continue on the basis of the Canada Health Act. You will also recall that the New Democratic Party brought in an amendment similar to the one you suggest today and one which was rejected by the government of the day at that time and by us, feeling that it was not necessary, and I think the evidence of the last 12 months would bear that out.

Regarding the British Columbia case, if you go back to the judgment of the Supreme Court of British Columbia and Chief Justice McEachern, Chief Justice McEachern indicated, along the lines of what you stated, that the British Columbia government did not have legislation which allowed the Government of British Columbia to withhold billing numbers. Also, he made reference to the Charter of Rights and specifi-

[Translation]

verront peut-être le moyen de commencer à contrôler certains de leurs coûts de soins de santé. Je sais, monsieur le ministre, que vous et moi sommes d'accord pour dire que là n'était pas l'intention de la loi canadienne sur la santé. S'il y a trop de médecins en Colombie-Britannique, alors il faut commencer par reconnaître que ce problème en est un qui mijote depuis 15 ou 20 ans et que vous ne pourrez pas régler du jour au lendemain en adoptant des mesures draconiennes visant tout d'abord à limiter le nombre de médecins qui peuvent travailler dans une zone géographique déterminée et deuxièmement, à créer une situation dans laquelle les patients vont se voir refuser l'accès au médecins de leur médecin de leur choix.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je vais essayer de reprendre toutes les remarques faites par M. Frith.

Vous avez tout d'abord proposé que l'on envisage un amendement à la loi si les provinces sont d'avis que les pénalités ne sont pas suffisamment importantes pour changer la situation en ce qui concerne le dépassement des tarifs. Voyons ce qui se passe en réalité.

Il n'y pas dépassement des tarifs en Colombie-Britannique. Quant à l'Alberta, le pourcentage de dépassement des tarifs est en baisse. En Saskatchewan, le ministre de la santé, M. Taylor, s'est engagé dans le cadre de négociations avec l'Association médicale de la Saskatchewan à faire disparaître le dépassement des tarifs. Au Manitoba, le ministre de la Santé a dit que les dépassements des tarifs serait éliminé et remplacé par une formule d'arbitrage obligatoire. Pour ce qui est de la situation de l'Ontario, nous en avons déjà discuté. Au Québec, il n'y a pas de dépassement des tarifs. Quant au Nouveau-Brunswick, la province s'est engagée à éliminer le dépassement de tarifs, et il en est de même pour la Nouvelle-Écosse qui a d'ailleurs déjà adopté un projet de loi à cet effet. Pour ce qui est de l'Île-du-Prince-Édouard . . . Si je me souviens bien, le ministre m'a dit que le montant total était tel qu'il pensait être en mesure de régler le problème directement. Et je pense que la situation serait la même à Terre-Neuve.

Vous dites que le dépassement des tarifs est en hausse, mais les faits disent le contraire. Et si vous preniez les chiffres compilés à partir du 1^{er} avril . . . nous avons dû faire certains rajustements, et les retenues ont été effectuées en fonction des prévisions. Et ces prévisions commencent elles aussi à refléter ce genre d'approche.

Ceci m'amène à croire que la période triennale est bonne et que nous devrions maintenir la formule énoncée dans la loi canadienne sur la santé. Vous vous souviendrez que les néo-démocrates avaient proposé un amendement semblable à celui dont vous venez de parler, amendement qui avait été rejeté par le gouvernement du jour ainsi que par nous. En effet, nous étions d'avis que cela n'était pas nécessaire, et je pense que l'expérience des 12 derniers mois en est la preuve.

Pour ce qui est de la situation en Colombie-Britannique, le juge McEachern, de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, a déclaré, comme vous l'avez dit, que le gouvernement de la province n'était pas habilité à retenir des numéros de facturation. Le juge McEachern a également fait état de la Charte des droits et notamment à la mobilité au sein de la

[Texte]

cally to the right of mobility within the province, and that was "the handmaiden of liberty", if I remember his words correctly in the judgment.

Having said that, Bill 50 which is now before the British Columbia government, I am sure you can appreciate that I, as the Minister of National Health, cannot comment on it nor do I know what the final form of Bill 50 will be. I have been in the Parliament of Canada long enough to know that what goes in is not necessarily quite the same as what comes out, if it comes out at all.

So I say to you that I will have to withhold on Bill 50. But I also say this to you, and I have said this many times, that to move doctors into places, quite apart from the specialties, to move them to places where medical services are not available, for instance in remote areas or where infrastructure is not as well developed as in other parts of the province, will be an ongoing issue, quite apart from British Columbia. And incentives, I do believe personally, work better. But I cannot prejudge the effect of Bill 50. That will have to remain for the British Columbia legislature to act on.

The Chairman: Thank you very much. That is your 10 minutes, Mr. Frith. Mr. McCrossan and then Mr. Orlikow.

• 1610

Mr. McCrossan: Thank you, Mr. Chairman. My questions will all have to do with the security of the blood supply and with research that is ongoing with respect to AIDS and that type of situation.

First of all, I would like to question whether your department and National Revenue are acting at cross purposes with respect to the importation of diagnostic blood tests? My understanding is that diagnostic blood tests are allowed in duty free, provided that they are to be used by hospitals or private labs, but are not currently allowed in duty free if they are to be used by medical schools, by medical research organizations or indeed organizations such as the Canadian Cancer Society.

I question whether this is a rational policy, right now, with respect to DNR. Secondly, I understand that within the last month or so DNR has changed its procedures. They are trying to make it more difficult for these diagnostic blood tests to enter Canada. In fact, road blocks are put in the way of bringing them in, when they are being used for medical research.

I wonder how this squares with your announced policy of trying to accelerate medical research on these blood disorders when, at the same time, another part of the government is putting impediments in the way of importing diagnostic blood tests for research.

[Traduction]

province qu'il a qualifiée de «servante de la liberté», si je me souviens bien.

Cela dit, vous comprendrez qu'en tant que ministre de la Santé nationale je ne puis pas me prononcer sur le projet de loi 50 dont est maintenant saisi le gouvernement de la Colombie-Britannique. pas plus que je ne puis deviner quelle en sera la forme finale. Je suis au Parlement depuis suffisamment longtemps pour savoir que ce qui est présenté n'est pas forcément ce avec quoi on se retrouve lorsque ça sort, si même ça sort un jour.

C'est pourquoi je m'abstiendrai de me prononcer sur le projet de loi 50. Je peux cependant répéter quelque chose que j'ai déjà dit à plusieurs reprises, et indépendamment de ce qui se passe en Colombie-Britannique, notamment que l'une des questions qui nous préoccupe est celle d'envoyer des médecins, sans parler de spécialistes, dans les régions où il n'existe pas encore de services médicaux, par exemple certaines régions isolées, ou dans les régions qui ne sont pas dotées d'une infrastructure aussi développée que celle d'autres régions du pays. Et je pense quant à moi qu'il est préférable de recourir à des mesures d'encouragement. Je ne suis cependant pas en mesure de préjuger de l'incidence qu'aura le projet de loi 50. C'est à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique qu'il reviendra d'agir.

Le président: Merci beaucoup. Vous avez pris vos 10 minutes, monsieur Frith. La parole sera maintenant à M. McCrossan, suivi de M. Orlikow.

M. McCrossan: Merci, monsieur le président. Toutes mes questions se rapportent à la sécurité des approvisionnements en sang et à la recherche qui a été entreprise relativement au SIDA.

Tout d'abord, votre Ministère et celui du Revenu national sont-ils en désaccord relativement à l'importation de tests sanguins diagnostics? D'après les renseignements dont je dispose, les tests sanguins diagnostics sont admis au Canada en franchise à condition que seuls des hôpitaux ou des laboratoires privés comptent s'en servir. Mais ils ne sont pas admis en franchise s'ils sont destinés à être utilisés par des écoles de médecine, par des organismes de recherche médicale ou même par des organismes comme la Société canadienne du cancer.

Je m'interroge sur la rationalité de cette politique que le ministère du Revenu semble avoir adoptée. Deuxièmement, il semblerait que le ministère du Revenu ait modifié ses procédures au cours du dernier mois. Le Ministère souhaiterait apparemment rendre encore plus difficile l'entrée de ces tests sanguins diagnostics au Canada, leur barrer carrément la route s'il est prévu qu'on s'en serve à des fins de recherche médicale.

Je me demande comment cela cadre avec la politique que vous avez, vous, annoncée, celle d'accélérer la recherche médicale sur ces troubles sanguins et ce que cela donnera si un autre ministère essaie d'entraver l'importation de tests sanguins diagnostics à des fins de recherche?

[Text]

Mr. Epp (Provencher): Mr. McCrossan, taking your last point first, I admit that I am not aware of the case that you develop. If any of my officials are, they can make that available to me here; if not, I will get back to you, because I simply do not have the answer on that.

Mr. McCrossan: This is the reference: Tariff Number 89905-1. DNR has recently changed their procedures to make it more difficult to bring blood diagnostic tests into Canada if they are going to be used for research or by medical schools or by the cancer organization. And that does not seem rational.

Let us get to the main issue of the security of the blood supply and ask, what are you doing to ensure that we do not have tainted—if I can use the word—blood available for transfusions? Is part of your medical research budget being used either to ensure the security of the system or, indeed, to look for cures or vaccines for AIDS in Canada?

Mr. Epp (Provencher): Thank you, Mr. McCrossan. We will try to get that information. I must admit that I am not too familiar with all the tariff numbers.

But first of all, I will discuss the question of AIDS in general, and then I will turn to the specifics, Mr. Chairman. Excuse me, but I may take a bit of time on this issue.

There is no doubt that I, and all of those who work with me, are deeply concerned about the veracity of Canada's blood supply system. It has been supplied through the auspices of the Red Cross. The provinces have paid, on a fee basis, and that system is good. When the public sees headline news about people who have contracted AIDS through blood transfusions, they raise questions as to the blood supply.

In recent days we have had a revelation of two cases of where Canadians, through blood transfusions, through blood that was tainted by AIDS viruses, contracted AIDS and in fact passed away. Those are tragedies that one cannot ignore and one has to be extremely vigilant about it.

There are various programs in place, Mr. McCrossan, in an attempt to not only reduce but hopefully eliminate those kinds of developments. There is an identification program, for example, for members of Canadian society who are considered vulnerable or carriers, that they not present themselves for blood donation purposes.

• 1615

Secondly, the heat-tested treatment—the so-called Factor 8—is being used in the United States. The initial results seem to be very favourable. Ours, I believe, will be ready approximately mid-September, end of September, of this year. There are costs involved, and I am not trying to put costs in front of health safety, but in each one of these cases there is also a cost involved that we have to consider. But we hope, despite some

[Translation]

M. Epp (Provencher): Monsieur McCrossan, je vais essayer de répondre tout d'abord au dernier point que vous soulevez. Je dois avouer ne pas être au courant du problème dont vous venez de parler. Si les hauts fonctionnaires qui m'ont accompagné ont des renseignements là-dessus, je leur demanderais de me les communiquer tout de suite, sans quoi il faudra que je vous fournisse une réponse un peu plus tard.

M. McCrossan: Il s'agit du numéro tarifaire 89905-1. Le ministère du Revenu a tout récemment changé les règles de façon à ce que ce soit plus difficile de faire venir des tests sanguins diagnostics si ceux-ci doivent être utilisés pour des recherches ou par des écoles de médecine ou encore par la Société du cancer. Cela ne nous semble pas très logique.

Revenons maintenant à la question de la sécurité de l'approvisionnement en sang. Quelle mesure avez-vous prise en vue de garantir un approvisionnement en sang pour des transfusions? Une partie du budget de la recherche médicale a-t-elle été mise de côté pour la sécurité du système ou pour la recherche de médicaments ou de vaccins pour lutter contre le SIDA?

M. Epp (Provencher): Merci, monsieur McCrossan. Nous ferons tout notre possible pour obtenir ces renseignements pour vous. Je dois cependant avouer que je ne suis pas très au courant des numéros tarifaires.

Pour répondre à votre question, je vais tout d'abord discuter de tout le problème du SIDA en général, après quoi je passerai au détail. Cela demandera peut-être un peu de temps, et je vous prierai de ne pas m'en tenir rigueur.

Tous mes collaborateurs et moi-même sommes très préoccupés par la sécurité du système canadien d'approvisionnement en sang. C'est la Croix-Rouge qui en assume la responsabilité. Les provinces y participent, et je dois dire que le système est bon. Mais lorsque les Canadiens voient dans les journaux des articles sur des personnes qui ont contracté le SIDA suite à une transfusion sanguine, ils se posent des questions au sujet de l'approvisionnement en sang.

On a entendu parler ces derniers jours de deux Canadiens à qui on avait donné du sang contaminé, qui ont contracté le SIDA et qui sont morts. Il s'agit là de tragédies que nul ne peut ignorer et qui doivent nous mettre sur nos gardes.

Monsieur McCrossan, plusieurs programmes ont été mis en place en vue non seulement de réduire mais, nous l'espérons, d'éliminer ce genre de problème. Il existe par exemple un programme d'identification qui vise à identifier ceux et celles qui sont vulnérables ou qui sont porteurs, afin que ces personnes ne fassent pas de don de sang.

Deuxièmement, on utilise à l'heure actuelle aux États-Unis un traitement par la chaleur, le soi-disant facteur 8. Les premiers résultats semblent très positifs. Que je sache, notre traitement sera disponible vers la mi-septembre ou à la fin de septembre de cette année. Les coûts relatifs à ce programme sont assez élevés et nous devons en tenir compte même s'il n'est pas question, bien entendu, de le faire passer avant la santé.

[Texte]

of the questions that remain around Factor 8, the test will help us.

Regarding specific programs in terms of AIDS research, we are into a number of programs. Mr. Chairman, I do not know for lack of time or preservation of time, whether it would be helpful for us to make this information available to the committee rather than to read out the numbers. I think maybe that would be the best approach, if that is acceptable to the committee.

The Chairman: Indeed. Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: Mr. Chairman, through you again, with respect to AIDS, not only the blood supply appears to be a source of the disease, but there seems to be significant evidence that normal heterosexual contact now is capable of transmitting the disease. I believe there are some cases documented in the United States, in the U.K., and indeed in Africa, and I have certainly read articles recently where it is suggested that one of the major reasons that it is spreading in some areas has to do with prostitution—spreading through prostitutes. I wondered what action, if any, your department was taking through the health prevention branch to control the spread of this disease, not only through the blood banks, where it appears to be getting into the population, but also through the other means that it seems to be able to spread by.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, the points that Mr. McCrossan makes are valid. This is a topic that is of deep concern to me. I am concerned, yet on the other hand I do not want to create undue concern beyond normal concern in regards to what we are facing.

There is no question that we are projecting AIDS on the increase. The last numbers I have seen is that we have had 212 Canadians who have become victims of AIDS. Of that number, over half die within 24 months. We are expecting that number to double over the next 12 months. So the picture I am painting is not a bright one. Any more than I have already indicated in my first answer, I do not know what else to say, other than, and I cannot give you all the details today, we have been in touch with the Red Cross and with the provinces. As you know, there is a Canadian blood committee which are looking at new lab facilities here in Ottawa. If the last plans can be put together with some of the provinces, then we will go forward with that. That will help us as well. That will reduce the risk.

But if you are asking me, can I guarantee you that I can remove the risk, when we take a little over a million blood donations a year, I cannot give you that specific an answer that absolutely all risk will be removed if we apply the conditions that I gave to you in the first answer.

Mr. McCrossan: Can I ask just one more short question?

The Chairman: One short question.

[Traduction]

Nous espérons que ce test s'avèrera utile même s'il reste encore quelques questions au sujet du facteur 8.

Nous avons un certain nombre de programmes en cours concernant le SIDA. Monsieur le président, je pense qu'il vaudrait mieux mettre nos données sur la question à la disposition des membres du Comité plutôt que de vous lire tous ces chiffres. Cela économiserait beaucoup de temps. C'est le Comité, bien sûr, qui devra décider.

Le président: C'est juste. Monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Monsieur le président, il n'y pas que les transfusions sanguines qui transmettent le SIDA. En effet, nous avons maintenant toutes les raisons de croire que la maladie peut également être transmise par suite de rapports hétérosexuels normaux. Je crois savoir qu'on en a signalé des cas documentés aux États-Unis, au Royaume-Uni et même en Afrique. Selon certains articles de journaux que j'ai lus dernièrement, il semble que la propagation de la maladie dans certaines régions est surtout attribuable à la prostitution. J'aimerais savoir quelle mesure la Direction de la prévention des maladies de votre ministère prend pour contrôler la propagation du SIDA non seulement au niveau des banques de sang qui permettent à la maladie de s'infiltrer dans la population mais aussi à d'autres niveaux où s'effectue la propagation de la maladie.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, M. McCrossan soulève des questions fort valables. C'est un sujet qui me préoccupe vivement. Je m'inquiète beaucoup de cette affaire mais je ne voudrais pas susciter par mes propos des angoisses déraisonnables par rapport à la situation à laquelle nous faisons face.

Toutes les prévisions concernant le SIDA nous portent à croire que son incidence va augmenter. D'après les dernières statistiques, 212 Canadiens souffrent ou ont souffert du SIDA. De ce nombre, plus de la moitié meurent dans les deux ans. Nous prévoyons que ce nombre doublera au cours de l'année à venir. La situation n'est donc pas très encourageante. Je ne peux rien vous dire que ce que vous ai déjà dit. Je ne peux pas vous fournir tous les détails aujourd'hui, mais je tiens cependant à vous signaler que nous avons communiqué avec la Croix-Rouge et les autorités provinciales. Vous savez qu'il existe un Comité canadien du sang qui se cherche de nouveaux laboratoires ici à Ottawa. Dès que nous aurons finalisé les plans avec les provinces, ce projet pourra aller de l'avant. Je pense qu'il nous sera très utile. Il contribuera à réduire les risques.

Il ne m'est cependant pas possible d'affirmer que nous serons en mesure de supprimer de tous les risques si nous adoptons les conditions que je vous ai énumérées dans ma première réponse. Vous savez, nous recevons chaque année plus d'un million de dons de sang.

M. McCrossan: Puis-je vous poser encore une brève question?

Le président: Qu'elle soit brève.

[Text]

Mr. McCrossan: I understand that with the individuals in B.C. you are trying to track down the donors.

Mr. Epp (Provencher): Yes.

Mr. McCrossan: Are you also trying to track down recipients of those same donors to see whether they themselves are developing these antibodies, because I gather there is quite a long incubation period for this disease?

Mr. Epp (Provencher): The short answer is, yes. I am not sure if that is satisfactory to you, Mr. McCrossan.

• 1620

Mr. McCrossan: A short question, short answer. I cannot complain.

The Chairman: Thank you very much, Mr. McCrossan. Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, does your department monitor the quality and efficacy of prescription drugs?

Mr. Epp (Provencher): Yes, it does.

Mr. Orlikow: Since the 1968 legislation permitted the substitution of generic-produced drugs for brand-name products, unless the doctor who writes the prescription forbids substitution, there has been a sharp increase in the use of generics. Does your department monitor prescription products produced by both the generic drug companies and the multinationals who produce the brand names?

Mr. Epp (Provencher): The Health Protection Branch does, yes.

Mr. Orlikow: Have there been cases where they found products which do not meet the standards required by the department? If so, how often, and by what companies?

Mr. Epp (Provencher): Dr. Liston may be able to answer that.

The Chairman: Dr. Liston.

Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman.

We do a submission evaluation on all drugs that are manufactured as prescription drugs, and before they are sold on the market we do an assessment of the claims that are made for the product and the conditions under which it is made. Thus, we hopefully do not have products on the market which are unsatisfactory. We are able to assess these and remedy any difficulties before they reach the consumer.

[Translation]

M. McCrossan: Je crois savoir que vous essayez de retracer les donneurs pour ce qui est de ces cas en Colombie-Britannique.

M. Epp (Provencher): Oui.

M. McCrossan: Est-ce que vous essayez aussi de retracer les autres personnes qui ont reçu des transfusions du sang de ces mêmes donneurs pour voir si elles ont développé ces anticorps puisqu'il semble que la maladie a une très longue période d'incubation?

M. Epp (Provencher): En un mot, oui. J'espère que cette brève réponse aura quand même eu l'heur de vous satisfaire, monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Une réponse brève à une question brève. Je ne peux me plaindre.

Le président: Merci beaucoup, monsieur McCrossan. Monsieur Orlikow.

M. Orlikow: Monsieur le président, est-ce que votre ministère contrôle la qualité et l'efficacité des médicaments d'ordonnance?

M. Epp (Provencher): Oui.

M. Orlikow: En 1968, une loi a été adoptée qui autorisait le remplacement des produits de marque nominative par des médicaments génériques, à moins que le médecin qui rédige l'ordonnance ne l'interdise. Depuis ce moment, on a remarqué une augmentation considérable de l'utilisation des médicaments génériques. Est-ce que votre ministère contrôle les médicaments d'ordonnance que produisent les fabricants de médicaments génériques et les multinationales qui fabriquent les produits de marque nominative?

M. Epp (Provencher): La Direction de la protection de la santé assume cette responsabilité.

M. Orlikow: Cette Direction a-t-elle jamais découvert des produits qui ne satisfont pas aux normes du ministère? Dans l'affirmative, combien de ces cas y a-t-il eus et quelles étaient les compagnies responsables?

M. Epp (Provencher): Le Dr Liston peut sans doute vous répondre.

Le président: Docteur Liston.

Dr A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président.

Nous effectuons une évaluation de tous les produits considérés comme des médicaments d'ordonnance. Nous vérifions en outre les plaintes faites au sujet du produit ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont faites avant qu'il ne soit mis sur le marché. Nous espérons ainsi éviter de mettre en circulation des produits qui ne sont pas satisfaisants. Nous sommes en mesure d'évaluer la situation et de remédier aux problèmes avant que les produits n'atteignent le consommateur.

[Texte]

We also do some monitoring of the quality of these products and we offer the results of our monitoring to the provinces. By and large, we have found that we have greater than 98% or 99% compliance with regulations and with standards, both from the generic and the multinational sectors.

Mr. Orlikow: The brand-name companies and some doctors have made the claim that somehow the generic prescription drugs are inferior in quality to brand-name drugs produced by the multinational companies. Has the department found any evidence to confirm this claim?

Dr. Liston: Mr. Chairman, we do not do what I would call comparison type of studies between manufacturers of the same drug. What we have found is that the manufacturers of generic products have supplied evidence that the product is safe and effective, and we satisfy ourselves of that as a precondition before the product can be allowed on the market.

Mr. Orlikow: Therefore, no evidence exists that the generic drugs which are used are of a substandard quality.

Dr. Liston: No, sir.

Mr. Orlikow: Okay.

Mr. Minister, on February 22 of this year there was what is known as a protocol for consultations signed between the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, which are the multinational companies, the Canadian Drug Manufacturers' Association and the Government of Canada. That was dated February 22 of this year and it was to be valid for 120 days. Was your department a signatory to that protocol?

Mr. Epp (Provencher): There was a protocol that was signed for the purpose of consultation between the generic and the multinational companies to re-examine the Patent Act, namely subsection 41(4).

Mr. Orlikow: To your knowledge, was there any instruction by either your department or the Department of Consumer and Corporate Affairs to these companies that they should try to reach an agreement?

Mr. Epp (Provencher): Again, a consultation does not have to reach an agreement. That would be a negotiation.

Mr. Orlikow: Was there any directive that there should be negotiations, to your knowledge?

Mr. Epp (Provencher): No, it was a consultation.

Mr. Orlikow: Are you aware, Mr. Minister, that a number of the provinces have pharmacare plans under which the province pays a very substantial part of the cost of prescription drugs?

• 1625

Mr. Epp (Provencher): Yes, I am.

Mr. Orlikow: Are you aware of the fact the federal government has an insurance plan under which employees of the federal government get a substantial part of their prescription-drug costs paid for?

[Traduction]

Nous effectuons également un certain contrôle de la qualité de ces produits et transmettons aux provinces les résultats de nos études. En règle générale, les fabricants de produits génériques et les multinationales appliquent les règlements et les normes à quelques très rares exceptions près.

M. Orlikow: Les fabricants de produits de marque nominative ainsi que certains médecins prétendent que les médicaments génériques sont de qualité inférieure aux médicaments de marque nominative que produisent les multinationales. Le ministère a-t-il des raisons de le croire?

Dr. Liston: Monsieur le président, nous n'effectuons pas d'études comparatives sur les fabricants d'un même produit. Cependant, les fabricants de produits génériques fournissent des preuves sur l'efficacité et la sécurité de leurs produits. Et nous nous assurons que cette condition soit remplie avant d'autoriser la vente de ces produits sur le marché.

M. Orlikow: Rien ne vous porte donc à croire que les médicaments génériques sur le marché sont de qualité inférieure.

Dr. Liston: C'est exact.

M. Orlikow: Très bien.

Monsieur le ministre, le 22 février de cette année, un protocole de consultation a été conclu entre l'Association canadienne de l'industrie du médicament qui représente les multinationales et la *Canadian Drug Manufacturers Association* d'une part et le gouvernement canadien d'autre part. Cet accord entrerait en vigueur le 22 février de cette année pour une période de 120 jours. Votre ministère était-il un des signataires du protocole?

M. Epp (Provencher): Un protocole a été conclu concernant les consultations entre les sociétés des médicaments génériques et les multinationales pour passer en revue la Loi sur les brevets et plus particulièrement le paragraphe 41(4).

M. Orlikow: Pouvez-vous nous dire si le ministère ou le ministère de la Consommation et des Corporations a demandé à ces sociétés d'essayer de conclure une entente?

M. Epp (Provencher): Vous savez, la consultation n'entraîne pas un accord. C'est la négociation qui le fait.

M. Orlikow: Savez-vous si l'on a exigé des négociations?

M. Epp (Provencher): Non, seulement la consultation.

M. Orlikow: Saviez-vous, monsieur le ministre, que certaines provinces appliquent des programmes d'assurance-médicaments en vertu desquels elles paient une part importante du coût des médicaments d'ordonnance?

M. Epp (Provencher): Oui.

M. Orlikow: Saviez-vous que le gouvernement fédéral offrait à ses fonctionnaires un régime d'assurance qui leur remboursait une grande part des coûts de leurs médicaments d'ordonnance?

[Text]

Mr. Epp (Provencher): Yes.

Mr. Orlikow: Have you looked at any of the studies done by insurance companies or by the provinces as to the difference in cost for prescriptions between the generic and the brand-name drugs?

Mr. Epp (Provencher): Yes.

Mr. Orlikow: Are you aware of the fact that in Manitoba, for example, the cost of the generic drug is usually less than half the cost of the brand-name drug?

Mr. Epp (Provencher): You would have to look drug by drug; in some cases that is so. The point you are missing, Mr. Orlikow—and I think I know where you are going—is that if we stay with generics only, we forget about research and development, we forget about economic spinoffs, we forget about job creation, and we simply buy from other countries because it is going to be cheaper and it is going to be better.

Mr. Orlikow: No, Mr. Minister, what I am hoping is that the government, after it tables the Eastman report and when it brings in legislation, will have at least looked at the benefits and the drawbacks, if any, that will occur if we change the legislation.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Orlikow, that is why the consultation. What has happened in Canada since 1969, when the act was changed, is that we have developed a generic industry. That is good, no one is arguing the need for a generic industry. In fact, if the truth be known, the largest pharmaceutical company is not a so-called multinational but is a Canadian-based, generic company. That is good. I have no argument with that.

The point we are trying to make, and what the consultations are showing, is that proponents both within the generic community and within the multinational community feel both have a place; that where there is research and development, some of that research and development should be industry-driven in Canada. For instance, the recent discussion on the funding of the Medical Research Council indicates again that we cannot have adequate funding for medical research if we do not get private research as well. I am pleased to say that multinational pharmaceutical corporations and some generic corporations are into medical research. So it is not black and white, it is not either/or. Both are contributing to the pharmaceutical industry. I want both.

If people have developed a product and if there is such a thing as intellectual property—I have heard you say many times in the House that copyright should be observed when it gets to print—the same rule should also apply in the pharmaceutical industry. What I am saying is that the consultations, I hope, will result in an industry which is strong from a

[Translation]

M. Epp (Provencher): Oui.

M. Orlikow: Avez-vous regardé certaines des études qu'ont faites les compagnies d'assurance et les provinces sur la différence de coûts entre les médicaments de marque nominative et les médicaments génériques?

M. Epp (Provencher): Oui.

M. Orlikow: Saviez-vous que, au Manitoba par exemple, les médicaments génériques coûtent en moyenne moins de la moitié des médicaments de marque nominative?

M. Epp (Provencher): C'est exact dans certains cas, mais il faut examiner les produits sur une base individuelle. Je crois savoir où vous voulez en venir, monsieur Orlikow. Mais n'oubliez pas que si nous nous limitons aux médicaments génériques, nous mettons de côté la recherche et le développement, les retombées économiques et la création d'emplois. Qui plus est, nous devons tout importer de l'étranger parce que cela coûte moins cher. Je me demande si c'est vraiment préférable.

M. Orlikow: Vous vous trompez, monsieur le ministre. J'espère tout simplement que le gouvernement, après avoir déposé le rapport Eastman et présenté un projet de loi, aura tenu compte des avantages et inconvénients éventuels d'un amendement à la loi.

M. Epp (Provencher): Monsieur Orlikow, c'est exactement la raison pour laquelle nous avons demandé ces consultations. La loi a été modifiée en 1969 et c'est à ce moment-là que l'industrie des médicaments génériques a vu le jour. Tout le monde s'entend sur la nécessité d'une industrie des médicaments génériques. Qui plus est, le plus gros fabricant de produits pharmaceutiques n'est pas une soi-disant multinationale, mais bien une société de produits génériques sise au Canada. C'est très bien et nous n'avons aucune objection.

Mais ce à quoi nous essayons d'en venir et ce qui ressort des consultations, c'est que les représentants de l'industrie des produits génériques et ceux des multinationales estiment que les deux ont un rôle à jouer. Ils sont d'avis qu'une part des activités de recherche et de développement devrait se dérouler au sein de l'industrie au Canada. Ainsi, le débat qu'il y a eu récemment sur le financement du Conseil de recherches médicales montre encore une fois qu'il est impossible d'obtenir un financement approprié pour la recherche médicale si aucune recherche n'est effectuée dans le secteur privé. C'est une très bonne chose, à mon avis, que les multinationales qui fabriquent des produits pharmaceutiques ainsi que certains fabricants de médicaments génériques effectuent de la recherche médicale. La situation n'est pas aussi claire que certains le prétendent. Les deux secteurs contribuent à l'industrie pharmaceutique. Mais je veux les garder tous les deux.

Il me semble qu'on devrait appliquer à un produit pharmaceutique les mêmes principes de la propriété intellectuelle qu'aux produits imprimés. Et je vous ai entendu plus d'une fois faire valoir à la Chambre les droits d'auteur pour tout ce qui était imprimé. Mais ce que je voulais dire c'est que j'espère que les consultations contribueront à renforcer l'industrie des produits génériques et à faire du Canada un chef de file dans le

[Texte]

generic point of view and which will be on the leading edge of research and that we in Canada will get some world mandates.

At the present time, if you take a look at our situation, we do not have many world mandates. In fact, if you look at western Europe, if you look at the United States, if you look at the United Kingdom, you see very quickly that Canada is not in that field. Let me just give you an example. At the recent Commonwealth Health Ministers' Conference, there was a list of 20 drugs in great use among the developing world Commonwealth members. Not one of those is from a Canadian source. That is the kind of thing we are looking at. I do not look at it only in terms of the narrow confines of your questions but in a much broader way, both from a national and an international point of view.

The Chairman: One short question, Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: I would ask the Minister to look at the minutes of the committee back in 1967 and 1968 which made a report on which the present legislation is based. The Minister will see that at that time there was virtually no research being done by the multinational companies, and I would hope that if the government is prepared to change the legislation they would get some kind of very firm commitments that it would change and that we would really have the research done in this country which we have never had before.

• 1630

Mr. Epp (Provencher): Well, happily I can report, Mr. Chairman, that throughout the discussions and these consultations I have been very pleased that in every case the companies have said, look, we want to do more research in Canada; we want to invest in research in Canada; but if we do so and if we have some discoveries, we also want to be allowed us to recover our development costs. There is such a thing as intellectual property. And I want to say to you, Mr. Orlikow, that the companies have been very open in their willingness, in the consultations, or any legislation in fact, to tie themselves into research and development, depending on the costs they have for the development of those drugs.

The Chairman: Thank you, Mr. Orlikow. Mrs. Browes and then Mr. Hockin.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. I have questions relating to two areas—one being promotion and the other being dental services. On page 4 of your report you talk about the Health Services and Promotion Program, and in relation to the World Health Organization which met recently emphasis was put on the relationship between governments and the non-government organizations as well as the importance of the non-government organizations to provide some of the services in order to in the long haul relieve some of the costs to government.

[Traduction]

domaine de la recherche, ce qui devrait lui valoir des mandats internationaux.

Si vous regardez notre situation à l'heure actuelle, vous verrez que nous ne détenons aucun mandat international. Vous vous apercevrez bien vite que le Canada n'est pas du tout sur un pied d'égalité avec l'Europe de l'Ouest, les États-Unis et le Royaume-Uni dans ce secteur. Laissez-moi vous donner un exemple. Nous avons eu récemment une conférence des ministres de la Santé du Commonwealth où l'on a parlé d'une liste de 20 médicaments qui sont beaucoup utilisés dans les pays développés du Commonwealth. Eh bien, aucun de ces médicaments n'était fabriqué au Canada. C'est le genre de chose dont nous tenons compte. Vos questions sont d'envergure assez limitée et personnellement, j'estime qu'il vaut mieux examiner la situation dans un contexte beaucoup plus vaste, tant sur le plan national qu'international.

Le président: Encore une brève question, si vous voulez, monsieur Orlikow.

M. Orlikow: Je conseille au ministre de regarder le rapport que le Comité a rédigé en 1967-1968 et sur lequel se fonde la loi actuelle. Le ministre constatera que les multinationales n'effectuaient presque aucune recherche à ce moment-là. Et si le gouvernement décide de modifier la loi, j'espère qu'il veillera à changer la situation de manière à ce que l'on fasse au Canada de la recherche comme il n'en a jamais été fait auparavant dans ce pays.

M. Epp (Provencher): J'ai le plaisir de vous annoncer, monsieur le président, qu'il est ressorti de nos rencontres avec les représentants de l'industrie au Canada qu'ils voulaient tous effectuer plus de recherche dans ce pays. En effet, les fabricants nous ont déclaré qu'ils voulaient investir dans la recherche au Canada à condition de pouvoir recouvrer le coût si ces activités débouchaient sur la découverte d'un produit. Vous savez, la propriété intellectuelle est quelque chose dont on doit tenir compte. Laissez-moi vous dire, monsieur Orlikow, que les sociétés se sont montrées disposées, dans le cadre de ces consultations, à s'engager à effectuer des travaux de recherche et de développement, même dans le cadre d'une loi, à condition de pouvoir recouvrer les coûts relatifs à la mise au point de nouveaux produits.

Le président: Merci, monsieur Orlikow. M^{me} Browes et M. Hockin.

Mme Browes: Merci, monsieur le président. J'ai des questions à poser sur deux domaines, à savoir la promotion et les services dentaires. À la page 4 de votre rapport, vous parlez des services de santé et du programme de promotion dans le contexte de l'Organisation mondiale de la santé qui a mis l'accent dernièrement sur le rapport entre les gouvernements et les organismes non gouvernementaux ainsi que sur l'importance pour les ONG de fournir certains services de manière à soulager le gouvernement de certains coûts à long terme.

[Text]

I was wondering, with respect to this particular item emphasized here, if that is on the community groups, health agencies and volunteer organizations you refer to: Is there any estimate of how much money would be put forth from those groups matching, or in what financial way would they be contributing?

Mr. Epp (Provencher): Mrs. Browes, no, I cannot give you that information. I think what you have seen from my statement is that I want to shift the emphasis and the profile of the Department of National Health and Welfare from what has marked, I think, so much of its public awareness in the last number of years. In the past number of years it was the Canada Health Act. That is now part of our legislative program and it is part of our mandate.

What I think is important is for the Department of National Health and Welfare, and for the Minister, to become a very strong proponent of health promotion, of lifestyle, showing that both from a cost point of view, but much more importantly, from a health benefit point of view, health promotion has dividends for every Canadian. It is in those areas that I want to see a lot more emphasis placed.

As to what participation we will get from voluntary organizations, I cannot quantify. But I do know that, for instance, on smoking promotion we have had groups joining and asking us for some leadership. They want to get involved; many of them have been involved on their own. And it is that kind of co-operation between private and public groups that I look forward to.

So I say to you quite openly that while I cannot quantify it in dollar terms, I know there are many people out there who want to get involved and who are concerned about these lifestyle situations—not from the point of view that they feel government should try to involve itself in every part of a Canadian's life, but that it is a legitimate area for the Minister of Health and the Department of National Health and Welfare to be involved in. That is the reason for that paragraph and the work I intend to do.

The Chairman: Mrs. Browes, a supplementary.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. My second question relates to dental services. On the same page, number 4 of your report, you talk about the health situation of native people. I was rather interested to hear about the dental health program in place for native people. I wonder if there is any staff member who might be able to expand on that particular program which comes out of Prince Albert. Secondly, on the dental item, are there any criteria for the clinical dental research that have been set out in your research portion of your statement?

• 1635

Mr. Epp (Provencher): Thank you. I will ask Dr. Black to take the first half of that question.

[Translation]

J'aimerais savoir si vous voulez parler des groupes communautaires, des organismes de santé et des organisations de bénévoles. Avez-vous une idée du montant d'argent que contribueraient ces groupes et de quelle façon ils pourraient le faire?

M. Epp (Provencher): Non, madame Browes, ce n'est pas un renseignement que je suis en mesure de vous fournir. Vous avez dû constater dans ma déclaration que j'ai parlé de l'opportunité de modifier un peu le rôle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social tel que le perçoit le public depuis un certain nombre d'années. Depuis quelques années, en effet, c'est la Loi canadienne de la santé qui vaut. Mais c'est une activité qui entre maintenant dans notre programme législatif et qui relève de notre mandat.

Mais à mon avis, il est important que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et son ministre s'occupent de la promotion de la santé, d'un mode de vie sain et des avantages que cela présente sur le plan monétaire. Il est cependant encore plus important, du point de vue de la santé, de montrer que la promotion de la santé comporte des avantages pour tous les Canadiens. Et c'est sur cet aspect, je pense, qu'il convient d'insister le plus.

Pour ce qui est de la participation du secteur bénévole, je ne puis l'évaluer en termes concrets. Je sais cependant que, en ce qui concerne les campagnes de lutte contre le tabagisme, des groupes nous ont demandé de jouer un rôle de leadership. Ils veulent s'engager et beaucoup l'ont déjà fait par eux-mêmes. C'est justement le genre de collaboration entre les groupes privés et publics à laquelle j'aspire.

Donc, même si je ne peux évaluer leur participation en termes concrets, je sais qu'il y a beaucoup de gens qui veulent faire des choses et qui se préoccupent de notre mode de vie. Ils ne sont pas nécessairement d'avis que le gouvernement doive s'intéresser à tous les aspects de la vie des Canadiens, mais ils estiment que c'est un domaine d'intérêt légitime pour le ministre de la Santé et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. C'est pourquoi nous avons inclus ce paragraphe et c'est ce que j'ai l'intention de faire.

Le président: Madame Browes, une question supplémentaire.

Mme Browes: Merci, monsieur le président. Ma deuxième question concerne les services dentaires. A la même page, la page 4 de votre rapport, vous parlez de la situation chez les autochtones. Le programme de santé dentaire qui est destiné aux autochtones m'a vivement intéressée. J'aimerais qu'un membre de votre personnel m'explique un peu plus dans le détail ce programme qui nous vient de Prince Albert. Deuxièmement, est-ce que vous avez établi des critères en matière de recherche dentaire clinique dans l'élément de recherche de votre déclaration?

M. Epp (Provencher): Merci. Je vais demander au Dr. Black de répondre à la première partie de votre question.

[Texte]

Dr. L.M. Black (Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): The dental program we use in Indian and northern health, Mr. Chairman, is a multi-faceted one. We use, at one end of the scale, the dentists from the Canadian Dental Association, who work very extensively with us. But we also use a para-professional called a dental therapist; these are individuals who are trained in the program at Prince Albert. It is a two-year training program following high school graduation. About half the graduates are of native origin. These individuals are trained to work on their own in remote communities, with periodic visits from dentists. Their work is partly educational, partly preventive in terms of cleaning teeth, scaling teeth, applying fluoride, but also doing basic dental procedures, such as simple extractions and simple fillings. This, combined with the work done by nurses on nutrition and community health representatives, provides the type of dental program that is presently in place.

The Chairman: Thank you, Mrs. Browes; we I will put you down for a second round if you wish.

Mrs. Browes: Thank you.

The Chairman: Next is Mr. Hockin, five minutes.

Mr. Hockin: Mr. Chairman, I would like to commend the Minister for the recent increase in the Medical Research Council budget for the current year. I understand this is to be an item in the 1985-86 supplementary estimates. I wanted to ask him, if the MRC funding had not been increased by this amount, could he describe what the implications might have been for programs, training, and so on?

Mr. Epp (Provencher): Dr. Hockin, it would probably be best if I asked Dr. Bois, who is more intimately knowledgeable about the MRC.

The Chairman: Dr. Bois.

Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council of Canada): Thank you, Mr. Chairman. The situation was that we would have reduced the number of grants by approximately 300 during the current year. It would also have meant a reduction in the number of awards, fellowships, studentships by approximately 80%; and of course it would have meant that the number of renewals—that is, ongoing projects—would have had to be reduced substantially. In other words, it represents approximately 20%, more or less, of our granting capacity, which is quite substantial.

Mr. Hockin: This means that there would have been some ongoing research projects that would have had to be ceased or stopped. When you say renewals, does that mean that?

[Traduction]

Dr L.M. Black (sous-ministre adjoint, Direction des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Le programme dentaire qui est offert aux autochtones et aux résidents du Nord, monsieur le président, comprend plusieurs volets. À une extrémité, nous avons recours aux dentistes de l'Association canadienne des dentistes qui collaborent étroitement avec nous. Mais nous avons également recours à un para-professionnel qui est un thérapeute dentaire. Il s'agit de personnes qui sont formées dans le cadre de notre programme à Prince Albert. C'est un programme de deux ans au niveau postsecondaire. Environ la moitié des diplômés sont d'origine autochtone. Ces personnes reçoivent la formation nécessaire pour leur permettre de travailler seules dans les collectivités isolées où des dentistes n'effectuent que des visites périodiques. Leurs responsabilités concernent en partie l'éducation, la prévention pour ce qui est de nettoyer les dents, de les détartrer, d'effectuer des traitements au fluor en plus de procédures dentaires relativement simples, comme les extractions et les obturations sans complication. Donc ces activités, en plus du travail que font les infirmières au niveau de la nutrition et des activités des représentants communautaires de la santé, constituent le programme de soins dentaires actuellement en place.

Le président: Merci, madame Browes. Nous allons mettre votre nom pour un deuxième tour si vous le souhaitez.

Mme Browes: Merci.

Le président: Le prochain intervenant est M. Hockin pour cinq minutes.

M. Hockin: Monsieur le président, j'aimerais féliciter le ministre pour l'augmentation qu'il a consentie dernièrement au budget du Conseil de recherches médicales pour l'exercice financier en cours. Je crois savoir que nous trouverons un poste à cet égard dans le budget supplémentaire de 1985-1986. J'aimerais qu'il nous explique ce qui serait arrivé aux programmes, à la formation et aux autres projets si le budget du Conseil n'avait pas été augmenté d'autant?

M. Epp (Provencher): Monsieur Hockin, je préfère demander au Dr Bois qui connaît beaucoup mieux la situation du Conseil de vous répondre.

Le président: Le docteur Bois.

Dr Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales du Canada): Merci, monsieur le président. Nous aurions été obligés de réduire quelque 300 programmes de subventions pour l'année en cours. Il aurait en plus fallu couper 80 p. 100 de nos prix, subventions et bourses. Et, bien entendu, il aurait fallu également réduire considérablement nos contributions aux projets en cours. Cela représente quelque 20 p. 100 de nos capacités de subventionnement, ce qui est assez considérable.

M. Hockin: Cela veut dire que certains projets de recherche en cours auraient dû être annulés. C'est ce que vous voulez dire, n'est-ce pas?

[Text]

Dr. Bois: It indeed means that some projects—a good number of projects—would not have been renewed; they would have had to be terminated during this year.

Mr. Hockin: Mr. Chairman, a second question: I was wondering if the Minister could expand on his interesting comment about the promotion of centres of excellence. Can he describe what this means, and maybe give some examples?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I guess if I look at centres of excellence they have to have a certain number of components. This is not an exhaustive list, but we have to have both an infrastructure and we have to have a critical mass of trained researchers and practising physicians, surgeons and specialists. We have to have that research attached to a school, a place where that type of research can go hand and glove with the ongoing care of people.

There are a number of places in Canada that I think qualify for centres of excellence. Mr. Hockin, knowing your home community, the University of Western Ontario and the hospitals there and the research that is being done and the additional construction and completion of the John Robarts Centre are all examples of where a community such as yours becomes a centre of excellence. As Canadians, I think we so often hear about centres of excellence in other countries—and I am not deprecating those in any way—I just think we have them in Canada as well and I intend to promote them.

• 1640

The Chairman: One last short question, Mr. Hockin.

Mr. Hockin: Yes. Mr. Chairman, this is for the Minister, too. What precisely are the implications of PCB spills and likewise for your department? I am really asking, I guess, what kind of research into the treatment of PCBs exists, either in the department or through independent councils that are affiliated with the department.

Mr. Epp (Provencher): I think I am going to ask Dr. Liston to do the specifics. While he is coming to the table, Dr. Hockin, I will just give you another one away from your home community, the Heart Research Centre, for instance, here at Ottawa University, at the hospital. That is what I mean by a critical mass. We have to have that infrastructure. And I think Canadians will be excited to know, not only that Canadian research is being recognized, but that it is being promoted. You can hear very much that I am a health promoter, I am not a medical doctor. I think it is time that the Minister of National Health and Welfare be seen as a health promoter, rather than a person without necessarily the university qualifications trying to be a frustrated physician.

The Chairman: Dr. Liston.

Dr. Liston: Thank you, Mr. Chairman. The Health Protection Branch has been working on a variety of guidelines for

[Translation]

Dr Bois: En effet, un assez bon nombre de projets n'auraient pu être renouvelés. Ils auraient été supprimés au cours de l'année.

M. Hockin: Monsieur le président, j'ai une deuxième question à poser: le ministre pourrait-il nous donner quelques détails supplémentaires sur la déclaration fort intéressante qu'il a faite au sujet de la promotion de centres d'excellence? Peut-il nous donner des exemples?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, les centres d'excellence contiennent un certain nombre de composantes. Il ne s'agit pas d'une liste complète, mais nous avons besoin d'une infrastructure et d'un nombre minimal de chercheurs compétents ainsi que de médecins, chirurgiens et spécialistes pratiquants. Ces travaux de recherche doivent être reliés à une faculté ou à un endroit où ils peuvent se faire parallèlement aux soins aux patients.

Il y a un certain nombre d'endroits au Canada qui pourraient devenir des centres d'excellence. Je connais bien l'endroit d'où vous venez, monsieur Hockin. L'Université Western Ontario, les hôpitaux, les recherches qui y sont effectuées et l'installation du centre John Robarts constituent un très bon exemple de la manière dont une localité comme la vôtre peut devenir un centre d'excellence. Nous entendons souvent parler des centres d'excellence dans d'autres pays—et je ne veux pas les déprécier—mais en tant que Canadiens, nous devons savoir que nous en avons également au Canada et j'ai bien l'intention de les faire connaître.

Le président: Une dernière courte question, monsieur Hockin.

M. Hockin: Oui, monsieur le président, elle s'adresse également au ministre. Pourriez-vous nous dire exactement quels pourraient être les effets sur votre ministère, par exemple, des déversements de BPC? Je voudrais surtout savoir quel genre de recherche se fait pour le traitement du BPC, soit au ministère ou par l'intermédiaire de conseils indépendants affiliés au ministère.

M. Epp (Provencher): Je vais demander à M. Liston de vous fournir une réponse plus détaillée. Pendant qu'il s'approche de la table, monsieur Hockin, je vais vous mentionner un autre centre de votre propre localité, le Centre de recherche pour le cœur, que nous avons ici même à l'Université d'Ottawa, à l'hôpital. Voilà ce que je voulais dire par masse critique. Il nous faut cette infrastructure. Les Canadiens seront très heureux de savoir que non seulement on reconnaît les recherches canadiennes mais qu'on cherche à les faire connaître. On entend peut-être très souvent dire que je suis un promoteur de la santé, et je ne suis pas médecin. Il est grand temps que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social soit vu comme étant un promoteur de la santé, plutôt qu'une personne qui n'a pas nécessairement les diplômes universitaires et qui sera un médecin frustré.

Le président: Monsieur Liston.

M. Liston: Merci, monsieur le président. La Direction de la protection de la santé a mis au point diverses directives

[Texte]

allowable levels of PCBs which would have no adverse effect on health. And thus we have guidelines for the level of PCBs that might be in either poultry, eggs, fish, meat, these sorts of examination of commodities, to assess whether or not very minute—and I must stress that, very minute—amounts of PCBs may have any impact on health. These administrative maximum residue limits are continuously being studied and we have, for example, now a rather major study utilizing monkeys which . . . This study was started in 1983 and it is to examine the reproductive effects of PCBs in non-human primates. This same study will also give us some long-term chronic toxic effects from very low levels of exposure as well. So this research should help further define and elaborate the toxic nature of PCBs and provide guidance for adjustments to the allowable levels in various food commodities.

Mr. Hockin: That is one half of what I was after, Mr. Chairman, and I must ask . . .

The Chairman: One short supplementary.

Mr. Hockin: —the second part of it, which was implicit in my question. If there is a spill now and treatment is needed, from what I understand it is still a complex problem to know how to deal with it. Is the Health Protection Branch or is the department in any way involved in that side of it, not just coming up with allowable limits, but doing something with major amounts of it occurring?

Dr. Liston: Mr. Chairman, we do provide advice to other federal departments or the provinces whenever requested on the nature of the human risk there might be. Fortunately, with PCBs, the risk from acute exposure or accidental exposure is really not that severe. Thus, we become involved more in the nature of the work that must be done to clean up the spill or to contain it or to prevent further dissipation in the environment.

Mr. Hockin: Do you get involved in that?

Dr. Liston: We provide advice and work with the Department of the Environment, for example, or with various provincial agencies, if they ask us for help.

• 1645

The Chairman: Thank you very much. If you wish, we can have you back on the second round, Mr. Hockin.

Mr. Hockin: Thank you.

The Chairman: Finally Mr. White, for five minutes. Then we will start a second round with Mr. McCrossan. His is the only name I have down yet.

Mr. Frith: [*Inaudible—Editor*] coming back on this side, Mr. Chairman, is it just the normal practice rather than slicing down all the Tory side?

[Traduction]

concernant les niveaux de BPC qui ne seraient pas dangereux pour la santé. Ainsi, nous avons des directives concernant les niveaux de BPC pour la volaille, les oeufs, le poisson, les viandes, pour l'examen de ces denrées, pour évaluer si oui ou non des quantités infimes de BPC pourraient avoir des répercussions sur la santé. Les limites maximales administratives concernant les résidus font l'objet d'une étude permanente et nous avons, par exemple, une étude qui se fait présentement, on se sert de singes . . . Cette étude a débuté en 1983 et doit étudier les effets reproducteurs des BPC chez les primates qui ne sont pas des êtres humains. Cette même étude nous fera connaître également les effets toxiques chroniques à long terme résultant d'une exposition à de très bas niveaux de BPC. Par conséquent, cette recherche devrait permettre de définir et d'expliquer la nature toxique des BPC; elle nous aidera également à faire des rajustements aux niveaux permisibles pour diverses denrées alimentaires.

M. Hockin: On a répondu à la moitié de ma question, monsieur le président, et j'aimerais . . .

Le président: Une courte question supplémentaire.

M. Hockin: . . . obtenir la deuxième partie de la réponse que soulevait implicitement ma question. S'il y a déversement maintenant et s'il faut prévoir un traitement, si j'ai bien compris, la façon d'aborder ce traitement pose un problème fort complexe. Est-ce que la Direction de la protection de la santé ou le ministère aide de quelque façon à régler ce problème, non seulement en établissant des limites admissibles, mais en faisant quelque chose lorsque les montants de BPC déversés sont importants?

M. Liston: Monsieur le président, nous conseillons les autres ministères du gouvernement fédéral ou les provinces lorsqu'ils nous demandent quelle est la nature du risque que courent les êtres humains. Heureusement, dans le cas des BPC, le risque n'est pas vraiment grave s'il y a eu exposition accidentelle ou même sérieuse. Par conséquent, nous nous intéressons davantage au travail qui doit être fait pour nettoyer le déversement ou pour le circonscrire, ou même pour empêcher qu'il s'en répande davantage dans l'environnement.

M. Hockin: Est-ce que vous participez à ce travail?

M. Liston: Nous offrons des conseils et nous travaillons avec le ministère de l'Environnement, par exemple, ou avec d'autres organismes provinciaux, si on nous demande notre aide.

Le président: Je vous remercie beaucoup. Vous pourrez prendre la parole au deuxième tour, si vous le désirez, monsieur Hockin.

M. Hockin: Je vous remercie.

Le président: Nous terminons ce premier tour avec M. White qui a cinq minutes. Nous commencerons ensuite un deuxième tour, et M. McCrossan aura la parole. C'est le seul nom que j'ai sur ma liste pour le moment.

M. Frith: [*Inaudible—Éditeur*] pour revenir de ce côté, monsieur le président, c'est la pratique habituelle plutôt que d'éliminer tout le côté des Conservateurs?

[Text]

The Chairman: So far nobody has had a second chance yet.

Mr. Frith: You certainly know, but I thought we had a different system of questioning. But that is fine.

The Chairman: Mr. White, five minutes.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman.

I just have two brief questions I would like to put to the Minister, if I could get back briefly to the subject Mr. Orlikow brought up. I appreciated your answer, Mr. Minister. I thought it was very well put. I, too, believe that it is not a black-and-white issue when we talk about generic and multinational drug companies. It has been my personal experience that in fact, as new drugs are brought on the market, they tend to be priced extremely high because of the compulsory licensing: the companies try to recoup their costs in a shorter period of time. If there is one drawback, that is one to the generic companies. Is that a valid point on my part?

Mr. Epp (Provencher): That has been a matter in the consultations that has been discussed; and that is, any business person will adjust, as he or she needs to, to the marketplace. That is one factor.

One has to balance off this whole question of the price of drugs along with Canada being a technologically advanced country, of having people who are highly trained, highly educated, and can make a contribution in research and development. And both are valid: both the price and the research and development. And that is why we thought, in a very open way, to try consultation. It has been a long time that those two groups have been in the same room together, other than in a court room. I just think it is a better system to sit down with people who, when you address common issues, are often willing to try to find solutions to issues that have been bedevilling them for a long period of time.

Mr. White: On a different subject, one brief question, Mr. Minister. On page 3 of your statement you mention that there is going to be an \$8 million increase under NNADAP for 1985-86. It is probably in here somewhere, but I was not able to find it. What was the total budget for 1983-84? How much of an increase are we looking at for this year?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, we will get those figures for Mr. White.

Mr. White: Thank you very much.

The Chairman: Does that complete your questions?

Mr. White: Yes, thank you.

The Chairman: Thank you very much.

In the interests of fairness, Mr. Frith . . .

Mr. Frith: Mr. Chairman, I just want to raise mine first on a point of order, because I understand how fast five minutes can go by.

[Translation]

Le président: Jusqu'à maintenant, personne n'a eu encore une deuxième chance.

M. Frith: Vous le savez certainement, mais j'ai cru que nous avions adopté un autre système de questions. C'est très bien.

Le président: Monsieur White, vous avez cinq minutes.

M. White: Merci, monsieur le président.

Je voudrais poser deux courtes questions au ministre, si vous me permettez de revenir brièvement sur le sujet qu'a soulevé M. Orlikow. J'ai apprécié votre réponse, monsieur le ministre, elle était vraiment très bien. Je crois également qu'il ne s'agit pas d'une question qu'on peut trancher facilement lorsque nous songeons aux sociétés de médicaments génériques et aux sociétés multinationales. D'après mon expérience, lorsque de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, leurs prix sont extrêmement élevés étant donné que les sociétés doivent obtenir des permis obligatoires, elles essaient donc de couvrir leurs frais très rapidement. S'il y a un inconvénient, ce sont les sociétés de médicaments génériques qui le subissent. Croyez-vous que j'ai raison?

M. Epp (Provencher): Cette question a été discutée lors des consultations; les hommes d'affaires doivent s'adapter, au besoin, au marché. Voilà un facteur.

Il faut placer cette question du prix des médicaments en regard du fait que le Canada est un pays de haute technologie, a une population très bien formée et très éduquée et peut contribuer à la recherche et au développement. Les deux éléments sont valables, les prix ainsi que la recherche et le développement. C'est pourquoi nous avons cherché, de façon très ouverte, à avoir des consultations. Il y a très longtemps que ces deux groupes ne se sont pas retrouvés dans la même pièce, sauf devant un tribunal. Je crois qu'il vaut mieux s'asseoir et discuter avec les gens, qui, lorsqu'on aborde des questions d'intérêt commun, très souvent veulent bien essayer de trouver des solutions qui leur échappent depuis longtemps.

M. White: Sur un sujet différent, j'aimerais poser une courte question, monsieur le ministre. À la page 3 de votre déclaration, vous mentionnez qu'on augmentera de 8 millions de dollars le budget de 1985-1986 pour le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones. C'est probablement ici quelque part, mais je n'ai pas pu le trouver. Quel était le budget total pour 1983-1984? Quelle est l'augmentation pour cette année?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, nous allons obtenir ces chiffres pour M. White.

M. White: Merci beaucoup.

Le président: Est-ce que vous avez terminé vos questions?

M. White: Oui, je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup.

Pour être tout à fait juste, monsieur Frith . . .

M. Frith: Monsieur le président, je voudrais faire d'abord un rappel au Règlement, car je sais que cinq minutes peuvent vite s'écouler.

[Texte]

The Chairman: A point of order.

Mr. Frith: On the point of order, and perhaps it is something we should discuss, if the clerk would put it down, at the steering committee level. I understand perfectly well that the election results of last September gave the Conservatives 211 seats in the House of Commons, the Liberals 40, and the NDP 30. The role of the opposition is clearly set out, so in the House of Commons at Question Period time, despite the overwhelming majority of that side, it is compensated. That is what the role of the opposition is for, and that carries through to committee.

I am as easy to get along with as anybody else, but I think there is a fairer way of doing it than to come first round to this side once and then go down your whole side with the five-minute round. I think it is something we should work on for the next meeting of the committee and perhaps have some discussions, and I have just talked to my counterpart for the NDP. I know it is not your fault, Mr. Chairman, because I do not think we ever really established an order, but I think it should bear some discussion at the steering committee.

The Chairman: On your point of order, I think it is well taken, in a sense, and I would be quite prepared to see it discussed in steering committee. We will make note of that and bring it under discussion.

Mr. Frith: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I was going to note that you did have three minutes longer than Mr. McCrossan on the first round. So in deference to him and in fairness to him, I think we will let him lead off now, and then you will be second, and Mr. Orlikow third.

Mr. McCrossan: I am quite willing to give him first crack on the second round.

The Chairman: All right. Mr. Frith, then.

Mr. Frith: The reason, Mr. Chairman, I have learned through experience over the years with these short rounds, I will take my first five up in questions and let the Minister respond in his time.

I want to bring the Minister back to the heady days of January. My topic is going to involve the result of the 13 years, I suppose, of the Conservative "think tanks" on social policy. I know you released a child benefits paper in January that was then referenced to this committee. We spent a fair amount of time in hearing witnesses and in drafting a reply to the government's consultation paper on the child benefit system.

• 1650

That committee report, as you know, Mr. Minister, was given to you in the month of April. The question I want to ask is . . .

[Traduction]

Le président: Un rappel au Règlement.

M. Frith: J'invoque le Règlement, et c'est peut-être question que nous pourrions discuter, si le greffier veut bien l'inscrire à l'ordre du jour du Comité directeur. Je comprends parfaitement bien que les résultats des élections de septembre dernier ont donné aux Conservateurs 211 sièges à la Chambre des communes, 40 aux Libéraux et 30 aux Néo-démocrates. Le rôle de l'opposition est clairement défini, de sorte que à la période des questions à la Chambre des communes, en dépit de la majorité écrasante des Conservateurs, il y a compensation. Voilà le rôle que doit jouer l'opposition, et ici aussi au Comité.

Je m'entends bien avec tout le monde, mais je crois qu'il y a une façon plus juste de procéder que de donner la parole au premier tour à ce côté-ci et ensuite de la donner à ceux de l'autre côté à raison de cinq minutes chacun. C'est une question qu'il nous faudra régler pour la prochaine séance du Comité, nous pouvons peut-être en discuter, je viens d'en parler à mon collègue du NPD. Ce n'est pas de votre faute, je le sais, monsieur le président, car je crois que nous n'avons jamais établi d'ordre pour les intervenants, mais il vaudrait la peine d'étudier la question en Comité directeur.

Le président: Je comprends très bien votre rappel au Règlement, et jusqu'à un certain point je suis disposé à accepter que la question soit discutée au Comité directeur. Nous allons en prendre note pour fins de discussions.

M. Frith: Merci, monsieur le président.

Le président: J'allais souligner que vous avez eu trois minutes de plus que M. McCrossan au premier tour. Par conséquent, par déférence à son égard et pour être juste envers lui, nous allons le laisser commencer, puis, vous prendrez la parole et vous serez suivi de M. Orlikow.

M. McCrossan: Je veux bien lui donner la chance de parler en premier au deuxième tour.

Le président: Très bien. Monsieur Frith vous avez donc la parole.

M. Frith: Monsieur le président, j'ai appris au cours des ans que ces temps de parole sont très courts; je prendrai donc mes cinq minutes pour poser des questions et le ministre répondra ensuite.

Je voudrais reporter le ministre aux jours grisants du mois de janvier. Je voudrais parler du résultat des 13 années de travail du groupe d'intellectuels conservateurs relativement à la politique sociale. Je sais que vous avez publié en janvier un document qui a été transmis au Comité et qui concerne les prestations pour enfants. Nous avons passé pas mal de temps à entendre des témoins et à rédiger une réponse à ce document d'étude du gouvernement concernant les prestations pour enfants.

Comme vous le savez, ce rapport du Comité, monsieur le Ministre, vous a été remis au mois d'avril. La question que je voulais vous poser . . .

[Text]

The Chairman: Mr. Frith, I do not want to interrupt you, but I suspect you are off the health votes today on that question, are you not?

Mr. Frith: I understood that vote 45 was under here. Is vote 45 here today?

The Chairman: We will check and see. We had agreed to limit today's questioning to health votes only and a subsequent meeting, which was agreed upon earlier . . .

Mr. Frith: Oh, I apologize, Mr. Chairman. My staff had placed here that the Canada Assistance Plan and native health are to be considered next Thursday, not this week, and I was informed that vote 45, which is today, was income security programs.

The Chairman: No, vote 45 is not on it, as a matter of fact. I think there is no vote 45 at all, Mr. Frith.

Mr. Frith: I apologize, Mr. Chairman, because this was the information I was given with respect to that.

The Chairman: It is coming up later.

Mr. Frith: Let me then come back to votes 5 and 10 on the Health Services and Promotion Program, Mr. Minister, and that is with respect to the British Columbia situation again. It seems to me that you have now received a formal notice by the Canadian Association of Interns and Residents that they wish you, as the Minister of National Health and Welfare, to implement the rights you have as the Minister of National Health and Welfare with respect to the Canada Health Act. They are indicating that they are not prepared to progress in the same way as they had last fall. If I am not mistaken, Mr. Minister, you had a meeting with that organization last November and you expressed to them that you wished to proceed on the basis of consultation with the British Columbia government to relieve that organization of some of the concerns they had. You now know, as a result of Bill 50, that evidently those consultations were not beneficial to the rights they expressed to you. It is now obvious that this road has failed.

Are you prepared now, as the Minister of National Health and Welfare, to raise that issue with your British Columbia counterpart and indicate . . . ? I know that is a bill, as you mentioned earlier, before the Legislature in British Columbia, but surely you as the national Minister of Health and Welfare should be taking a position with respect to a bill which, if it is enacted in the Province of British Columbia, is going to hamper accessibility of patients and doctors to the system. It seems to me that you should have some concern, as the Minister, about the import of the area where they are going to have different classes of insurance services for patients in British Columbia.

[Translation]

Le président: Monsieur Frith, je ne veux pas vous interrompre, mais je crois que vous ne vous en tenez pas au crédit que nous devons étudier aujourd'hui au chapitre de la santé. N'est-ce-pas?

M. Frith: Je croyais que le crédit 45 était à l'étude. Ne devons-nous pas l'étudier aujourd'hui?

Le président: Nous allons vérifier. Nous avons convenu de restreindre nos questions aujourd'hui au crédit concernant la santé seulement et, lors d'une prochaine réunion que, nous avions prévue précédemment . . .

M. Frith: Oh, je m'excuse monsieur le président. Mes collaborateurs m'avaient mentionné que le Régime d'assistance publique du Canada et la question de la 30 santé des autochtones devaient être discutés jeudi prochain, non pas cette semaine, et on m'avait dit que le crédit 45 concernant les programmes de sécurité de revenu allait être discuté aujourd'hui.

Le président: Non. Le crédit 45 n'en fait pas partie. En fait, je ne crois pas qu'il y ait de crédit 45, monsieur Frith.

M. Frith: Excusez-moi, monsieur le président, ce sont les renseignements que j'avais reçus.

Le président: La question doit être soulevée plus tard.

M. Frith: Permettez-moi, monsieur le Ministre, de revenir aux crédits 5 et 10 concernant le Programme de la promotion et des services de la santé. J'en parle de nouveau du fait de la situation que nous connaissons en Colombie-Britannique. Je crois que vous avez reçu un avis officiel de l'Association canadienne des internes et des résidents qui désire que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social exerce les droits qu'il a, en tant que Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, au sujet de la Loi canadienne sur la santé. Ses représentants ont déclaré ne pas être prêts à se comporter de la même façon qu'ils l'ont fait l'automne dernier. Si je ne me trompe, monsieur le Ministre, vous avez rencontré ces gens-là en novembre dernier et vous leur avez dit que vous vouliez consulter le gouvernement de la Colombie-Britannique afin de répondre à certaines de leurs préoccupations. Vous le savez maintenant, suite au projet de loi C-50, ces consultations n'ont évidemment pas répondu à ce qu'ils vous avaient exprimé. Il est maintenant évident que cette démarche n'a pas été fructueuse.

Êtes-vous disposé maintenant, en tant que ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, à soulever la question auprès de votre homologue de la Colombie-Britannique, à lui dire . . . ? Je sais qu'on a présenté un projet de loi, vous l'avez mentionné plus tôt, à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique, mais vous devriez sûrement, en tant que ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, prendre position concernant ce projet de loi qui, s'il est promulgué en Colombie-Britannique, gênera les malades et les médecins qui veulent avoir accès au système. J'ai l'impression qu'il faudrait vous inquiéter, en tant que ministre, de l'arrivée en Colombie-Britannique d'un système qui permettra différentes catégories de services d'assurance-maladie pour les malades de cette province.

[Texte]

I raise that not only in the context that it is a regional issue, but I think you would agree with me that it goes without saying that the Ministers of Health and Welfare across this country provincially have meetings that are regular in context and in period. I think the other Ministers of Health are going to watch very closely what happens in the Province of British Columbia, and when they are doing that monitoring they are also going to be monitoring your performance as the national Minister of Health and how you are going to react to protect the interest of British Columbians against the provincial government.

Mr. Epp (Provencher): Well, Mr. Frith, I will try to go through that once more with you.

Keep in mind that when CAIR gave me a letter, which they made public, the next day the British Columbia Health Commission started handing out billing numbers. So the next day the very issue that CAIR was concerned about, and legitimately . . .

Mr. Frith: That is the Canadian Association of Interns and Residents.

Mr. Epp (Provencher): Interns and Residents, right. I am sorry.

The minute those billing numbers were handed out, as per the judgment of Chief Justice McEachern, the issue that CAIR related to specifically as reflecting that judgment obviously changed on that morning.

Regarding Bill 50, I repeat to you again that I would think you would understand that is a matter of the British Columbia Legislature, which I cannot comment on—nor will I comment on it—because I do not know what the result will be through the legislative process.

As to your request that I discuss the issue with the Minister of British Columbia, I want to tell you, not in anticipation of your question, that I had a telephone call with him as recently as 1.55 p.m. today.

Mr. Frith: Well, Mr. Chairman, I hope that . . .

The Chairman: A short question.

• 1655

Mr. Frith: My understanding, Mr. Chairman, is that the letters to the physicians in the Province of British Columbia indicate that they may be withdrawing those billing numbers, but I think there is a separate issue here, and it is to the Minister. He knows full well that a year ago, when we went through the consultation on the passage of the Canada Health Act, there was representations made by that same association at that time. They were fearful of what the definition of accessibility was going to be, and we let it be that way. Here we have the results, and I am just suggesting to you that I do not think you should wait until the British Columbia legislature deals with it. You should take a leadership position outlining your concerns that any province would even introduce a bill that is going to decrease the accessibility to the medicare system of both the patients and the physicians.

[Traduction]

Je n'en parle pas seulement parce qu'il s'agit d'une question régionale, mais vous serez d'accord avec moi pour dire qu'il faut que se tiennent régulièrement, dans ce contexte, des réunions regroupant les ministres de la Santé nationale et du Bien-être social des provinces. Je crois que les autres ministres de la Santé surveilleront de très près ce qui va se passer en Colombie-Britannique, et qu'ils surveilleront également votre comportement en tant que le ministre national de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi que votre façon de réagir pour protéger les intérêts de la population de la Colombie-Britannique contre le gouvernement provincial.

M. Epp (Provencher): Eh bien, monsieur Frith, je vais essayer de nouveau de vous expliquer la situation.

Il faut se souvenir que lorsque l'ACIR, m'a remis une lettre, qui a été publiée, la Commission de santé de la Colombie-Britannique a commencé le jour suivant à distribuer des numéros de facturation. Par conséquent, le jour suivant la question même qui préoccupait l'ACIR—et légitimement . . .

M. Frith: Il s'agit bien de l'Association canadienne des internes et des résidents?

M. Epp (Provencher): C'est ça, excusez-moi.

Dès que ces numéros de facturation ont été distribués, suivant la décision du juge en chef McEachern, la question qui, d'après l'ACIR reflétait cette décision a évidemment changé ce matin-là.

Au sujet du projet de loi 50, je vous le répète de nouveau, vous comprendrez qu'il s'agit d'une question concernant l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique, et je ne peux donc pas faire de commentaires—je ne veux pas en faire non plus—car je ne sais pas quels seront les résultats du processus législatif.

Vous demandez que je discute de cette question avec le ministre de la Colombie-Britannique, je vous répondrai, et je n'avais pas prévu votre question, que je lui ai téléphoné à 13h55 aujourd'hui.

M. Frith: Monsieur le président, j'espère que . . .

Le président: Une courte question.

M. Frith: Si j'ai bien compris, monsieur le président, les lettres adressées aux médecins de la province de la Colombie-Britannique soulignaient qu'ils pouvaient retirer leurs numéros de facturation, mais je crois qu'il y a une question distincte ici, et elle s'adresse au ministre. Il sait très bien qu'il y a un an, lorsqu'il y a eu consultation au sujet de l'adoption de la Loi canadienne de la santé, cette même association avait à l'époque entrepris des démarches. Elle s'inquiétait de ce que pourrait être la définition de l'accessibilité, et nous avons laissé aller les choses. Nous avons maintenant les résultats et je vous souligne simplement qu'il ne faudrait pas attendre que l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique traite de la question. Il faudrait que vous soyez le chef de file, tout en soulignant votre inquiétude si une province présentait un projet de loi qui

[Text]

I think this is the kind of leadership role that not only the Canadian Association of Interns and Residents want you to take, but is kind of leadership role a lot of Canadians want because they do not want to see this system of medicare brought down as a result of piecemeal dismantling province by province.

Mr. Epp (Provencher): First of all, Mr. Frith, I do not think it is being dismantled. Secondly, with respect to the very question you put forward, namely that they were not getting billing numbers, in fact they are getting billing numbers, and I will not react to hypothetical cases. I will discuss with Ministers the issues. That is my responsibility. I will do that, but I will not prejudice a legislature.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Frith. Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: Thank you, Mr. Chairman. My second one will have to do with tobacco smoking. I notice that we are drawing attention to the health dangers associated with smoking on an actuarial basis, and my recollection is that you are two to three times more likely at any age to die if you are a smoker rather than a non-smoker.

I wonder, first of all, what you are doing to actually point out the magnitude of the risk people are taking, other than just saying that smoking may be dangerous to one's health, which is on the outside of a cigarette carton. What are you doing about getting it across to people that they are two to three times more likely to die, any sex at any age, if they are a smokers rather than non-smokers?

I have a series of three questions. Secondly, it is obvious that smoking leads to increased health expenditures, some immediate and some deferred, and yet we also have federal taxes from cigarette sales. Has the department made any estimate of the difference between the income from taxation of tobacco products and the expenditures that will result from the use of those tobacco products from the effect of smoking this year? In other words, are you comparing an income and expenditure ledger, and are we winning or are we losing? I mean we are losing people, but it would seem to me the height of ridiculousness if we are actually spending more on the health care side than we are gaining on the tax side.

On the third point, it seemed to me there are a lot of farmers out there who paid a lot of money for land where tobacco may be the only viable crop right now.

The Chairman: It is in my riding too, Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: Is the department doing anything, perhaps through co-operation with the Department of Agriculture, to find alternative crops? It seems to me, if we are trying to lessen the amount of smoking through government action, we have a substantial economic impact on these people, and it

[Translation]

diminuait pour les malades et les médecins l'accessibilité au régime d'assurance-maladie.

C'est le rôle de leadership que non seulement l'Association canadienne des internes et des résidents veut vous voir tenir, mais également beaucoup de Canadiens, car ils ne veulent pas que le régime d'assurance-santé soit affaibli par un démantèlement progressif dans une province après l'autre.

M. Epp (Provencher): Je vous répondrai tout d'abord, monsieur Frith, que je ne crois pas que le régime soit démantelé. Deuxièmement, au sujet de la question que vous avez soulevée, c'est-à-dire qu'ils ne recevaient pas de numéros de facturation, de fait ils les obtiennent, et je ne veux pas répondre pour des cas hypothétiques. Je vais discuter de ces questions avec les ministres. C'est là ma responsabilité, je vais le faire, mais je ne veux pas juger à l'avance de ce que pourrait faire une assemblée législative.

Le président: Merci beaucoup monsieur Frith. Monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Merci monsieur le président. Au deuxième tour, j'aimerais parler de la question du tabac. Je remarque que nous indiquons les dangers que peut présenter pour la santé le fait de fumer, on cite des statistiques, et si je me souviens bien un fumeur, court deux ou trois fois plus de risque de mourir à n'importe quel âge qu'un non-fumeur.

Je me demande, premièrement, ce que vous faites pour souligner l'importance du risque que courent les gens, mis à part le fait que vous mentionnez que l'usage du tabac est dangereux pour la santé, comme on peut le lire sur les paquets de cigarettes. Que faites-vous pour que les gens sachent qu'ils ont deux fois plus de risques de mourir, qu'ils soient de n'importe quel sexe ou de n'importe quel âge, s'ils fument?

J'ai une série de trois questions. En deuxième lieu, il est évident que le fait de fumer augmente les dépenses consacrées à la santé, certaines dépenses sont immédiates, d'autres différées, et pourtant nous imposons des taxes fédérales à la vente de cigarettes. Est-ce que le ministère a évalué la différence qui pouvait exister entre les recettes provenant de la taxe de vente imposée aux produits du tabac et les dépenses qui découlent de l'utilisation des produits du tabac et des effets sur la santé que cause son utilisation cette année? Autrement dit, avez-vous fait un bilan, et sommes-nous gagnants ou perdants? Nous perdons des gens, mais il me semble que le comble du ridicule est qu'en fait nous dépensons davantage pour les services de santé que nous ne recueillons en taxes.

Troisièmement, il me semble qu'il y a beaucoup d'agriculteurs qui versent de fortes sommes pour des terres où seule la culture du tabac semblerait rentable.

Le président: Dans ma circonscription aussi, monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Est-ce que le ministère fait quelque chose, en collaboration peut-être avec le ministère de l'Agriculture, pour encourager d'autres cultures? J'ai l'impression que si nous essayons de diminuer l'usage du tabac par les mesures gouvernementales que nous adoptons et si les agriculteurs s'en

[Texte]

seems to be completely unreasonable to just leave them out to hang and dry. We should indeed be taking positive steps to find alternative crops for them so there is no severe economic dislocation in the parts of Canada where tobacco is grown.

The Chairman: Mr. McCrossan, I want to thank you for your third question. I will call upon the Minister to answer all three.

Mr. Epp (Provencher): Are you sure you are going to like my answer?

Mr. McCrossan, I am going to ask Dr. Jérôme-Forget to answer your second question relating to taxes and some of the financial aspects. However, on your first question regarding smoking in general, the last report, which I believe covers 1983—I do not know if it is going to be made public yet; I signed it off this week, so it should be in your hands very shortly—indicates, for example, that the number of Canadians who are smoking is going down. That is a happy result.

• 1700

On the other hand, though, we are finding out that Canadians who are smoking are smoking more. And more importantly, we are finding out that we are not doing as good a job with young women. Their percentage is going up, and where their highest rate of cancer incidence was breast cancer, that gap is quickly being closed by lung cancer. So we are not doing the job of addressing the question of what elements suggest to young Canadians that smoking is a habit they should take up—the peer pressure and so forth.

Mr. McCrossan: The point I was trying to make with my first question was that people do know there is an extra risk, but I do not think people are aware of just how big the extra risk is. My recollection is that there is 200% to 300% mortality for every age and sex.

Mr. Epp (Provencher): Thank you for that, because I know of your actuarial background. The other point in our health promotion we have to look at is that it cannot simply be advertising; we have to understand what motivates young Canadians to take up smoking in the first place.

We are also finding out that, for example, in the United States, which has been more successful than we have been in terms of reduction of smoking, it is now being replaced in some areas by smokeless tobacco. So you win the war on the one side, and smokeless tobacco takes over on the other side.

But on the whole smoking question, we are looking at it from the point of promotion but also trying to understand why people smoke in the first place.

The third question, taking it secondly, I understand there are approximately 2,200 Canadian farmers involved in tobacco. As the chairman has already said, a number are in his riding.

[Traduction]

trouvent touchés, il serait tout à fait déraisonnable de les laisser se débrouiller tout seuls. Nous devrions prendre des mesures positives afin qu'ils aient d'autres cultures possibles et éviter ainsi des perturbations économiques graves dans ces régions du Canada où se cultive le tabac.

Le président: Monsieur McCrossan, je vous remercie de votre troisième question. Je vais maintenant demander au ministre de répondre à ces trois questions.

M. Epp (Provencher): Êtes-vous sûr que vous aimerez ma réponse?

Monsieur McCrossan, je vais demander au Dr Jérôme-Forget de répondre à votre deuxième question concernant les taxes et certains aspects financiers. Toutefois, pour répondre à votre première question concernant l'usage du tabac en général, d'après le dernier rapport, qui concerne 1983 je crois—je ne sais pas s'il est déjà publié, je l'ai signé cette semaine, vous devriez par conséquent le recevoir bientôt—on voit par exemple que le nombre de Canadiens qui fument diminue. Voilà déjà un résultat encourageant.

D'un autre côté, nous nous apercevons que les Canadiens qui fument, fument plus que par le passé. Et ce qui est plus important, nous nous apercevons que nos résultats ne sont pas aussi satisfaisants dans la catégorie des jeunes femmes. Le pourcentage augmente, et alors que jusqu'ici elles étaient surtout sujettes au cancer du sein, on s'aperçoit de plus en plus que le cancer du poumon rattrape son retard dans les statistiques. Au total, notre action est insuffisante, notamment pour ce qui est de savoir ce qui motive les jeunes Canadiens à se mettre à fumer, les pressions de groupe par exemple.

M. McCrossan: Ce que je voulais dire, en posant ma première question, était que les gens savent très bien qu'il y a un risque, mais ils ne savent pas exactement dans quelle mesure il est énorme. Si mes souvenirs sont exacts, le taux de mortalité est de 200 à 300 p. 100 pour les deux sexes, quelle soit la classe d'âge.

M. Epp (Provencher): Merci du renseignement, je sais que vous avez des antécédents d'actuaire. Notre action sanitaire ne doit pas se limiter simplement à des mesures publicitaires; nous devons d'abord comprendre ce qui pousse les jeunes Canadiens vers la cigarette.

Mais nous nous apercevons également qu'aux États-Unis, qui ont mieux réussi à endiguer le tabagisme, la cigarette est remplacée par d'autres formes de consommation du tabac. Ce que vous gagnez d'un côté, vous le perdez alors de l'autre.

Mais pour toute cette question du tabagisme, nous luttons d'un côté par l'action promotionnelle et de l'autre nous cherchons à comprendre pourquoi les gens se mettent à fumer.

Pour ce qui est de votre troisième question, à laquelle je vais répondre en deuxième lieu, il y aurait—si je ne me trompe—environ 2,200 agriculteurs canadiens qui cultivent le tabac. Le président a d'ailleurs indiqué qu'il y en avait dans sa circonscription.

[Text]

Agriculture research is being carried on, I understand, both in terms of tobacco research per se as well as in alternate cropping. But that information would best be answered by the Minister of Agriculture.

Regarding some of the cost factors, possibly Dr. Jérôme-Forget could help me on that.

Dr. M. Jérôme-Forget (Assistant Deputy Minister, Policy, Planning and Information Branch, Health and Welfare Canada): Mr. Chairman, it is always difficult to answer an acturarian on the possibility of matching costs to the cost encountered by the health expenditures associated to smoking. I think one thing we can say is that the tax collected for those who are smokers does not pay for the health care costs associated with smoking.

Mr. McCrossan: Do you have any idea of the relative cost?

Dr. Jérôme-Forget: We do not have the magnitude, because for one thing, you can focus on people who have died, but there is also the problem of morbidity and illness associated to smoking, which we have not been able to cost. That is one area where in the department we want to do additional work. It is to assess morbidity apart from mortality.

Mr. McCrossan: There are significant statistics around on morbidity. Is there an ongoing program on it to actually compare the costs or to develop the costs and compare them to revenues?

Dr. Jérôme-Forget: We are trying to do that, but we realize how difficult it is just because then you have to focus . . . Well, if you want to stick to hard data, Mr. Chairman, it is always difficult, because you have to come to hypothetical positions and then you get on soft ground. But indeed we are trying to assess that.

The Chairman: Does that complete the three questions to Mr. Minister?

Mr. McCrossan: Yes.

The Chairman: Thank you very much, Mr. McCrossan.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, if I just might add and not take up the time of the committee, up to the present time, while there has been a good approach, it has been, I would think, a more low-key approach, and we are looking at various alternatives to build on what has been done. We think we have to be more aggressive.

The Chairman: Thank you. Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: Mr. McCrossan has raised questions about the problems created by smoking. I would like to ask the Minister if the department is looking at the problems for the country created by excessive drinking. For example, in the United States the federal government has tied grants for highway transportation to the states to mandatory seat-belt legislation. There is a push; I am not sure whether it comes from the

[Translation]

On fait également des recherches en agriculture, à la fois sur la culture du tabac et sur les possibilités de substitution. Mais voilà une question qu'il faudrait peut-être poser au ministre de l'Agriculture.

Vous vouliez également savoir ce que cela nous coûte en dépenses de santé, et je pense que le Dr Jérôme-Forget va pouvoir vous répondre.

Dr M. Jérôme-Forget (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique de la planification et de l'information, Santé et Bien-être Canada): Monsieur le président, il est toujours difficile de répondre à un actuaire sur cette question des dépenses de santé occasionnées par le tabagisme et sur la possibilité de les faire rembourser. Tout ce que nous pouvons d'abord dire, c'est que les impôts que nous percevons sur le tabac ne paient certainement pas les frais de santé.

M. McCrossan: Avez-vous une idée de ce que cela peut nous coûter?

Dr Jérôme-Forget: Nous ne pouvons pas évaluer cela, car si d'un côté vous pouvez effectivement chiffrer les décès, il faudrait ajouter le problème de la morbidité consécutive au tabagisme, et nous n'arriverons pas à en chiffrer le coût correspondant. Voilà précisément un domaine sur lequel le ministère va concentrer certains efforts supplémentaires. Il s'agira de bien distinguer la morbidité de la mortalité.

M. McCrossan: Nous avons pourtant des statistiques importantes sur la première. Avez-vous à l'heure actuelle un programme qui vise à comparer les coûts, et notamment à les comparer aux recettes?

Dr Jérôme-Forget: C'est ce que nous cherchons à faire, mais nous nous apercevons que c'est très difficile, parce qu'il faut à la fois . . . Si vous voulez vous en tenir à des chiffres absolument fiables, monsieur le président, cela est toujours difficile, parce qu'on ne peut pas ne pas travailler à partir de certaines hypothèses qui, finalement, rendent l'ensemble assez flou. Mais, effectivement, nous essayons de pouvoir évaluer ces coûts.

Le président: En avons-nous ainsi terminé avec les trois questions que vous aviez posées au ministre?

M. McCrossan: Oui.

Le président: Merci beaucoup, monsieur McCrossan.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, j'aimerais simplement ajouter, sans vouloir empiéter sur le temps disponible au Comité, que nous sommes restés jusqu'ici assez réservés, même si notre conception était bonne; nous sommes donc en train de réfléchir à certains prolongements de cette approche, et nous avons l'intention d'être plus agressifs.

Le président: Merci. Monsieur Orlikow.

M. Orlikow: M. McCrossan a parlé des répercussions du tabagisme. J'aimerais demander au ministre si son ministère a également réfléchi au problème que rencontre le pays dans le domaine de la consommation excessive d'alcool. Aux États-Unis, par exemple, le gouvernement fédéral exige des différents États qui veulent pouvoir bénéficier de ses subventions au transport routier, qu'ils imposent le port de la ceinture de

[Texte]

federal government or just from groups who are very interested in raising the drinking age and the age at which young people are permitted to drive a car. There are all kinds of evidence that young drivers are involved in a very high percentage of automobile accidents, particularly automobile accidents that lead to fatalities. Are we giving any study to these kinds of questions?

• 1705

Mr. Epp (Provencher): Mr. Orlikow, we have an interdepartmental committee looking at the effects of alcohol, specifically highway traffic injuries and deaths. This is to be tied in with the provinces.

I use only my own home province, not to be provincial, but because I have most knowledge about that province. For instance, the ALIVE program the Manitoba government is promoting is very effective. I am sure other provinces are doing the same kind of promotion. The intention is to twin or to use some of the federal efforts, in an interdepartmental basis, to tie in with what the provinces are doing.

The difference often is that in smoking we are trying to take some action before the fact. Much of our warning in respect to drinking is what happens after the fact, so to speak. I cannot give you a more specific answer. The point you make is valid, but that will have to be my full answer for today.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, I am not advocating any particular policy because I know a great deal less than your officials. But I do know a number of countries have taken steps. For example, I understand that in Norway for a first offence of drinking and driving, it is a mandatory jail sentence. I am not suggesting we should do that. I just hope the department would be looking at all the different things done in other countries.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I thank Mr. Orlikow for that. He will recall the legislation tabled by the Minister of Justice regarding penalties relating to drinking and driving. Also regarding alcohol, I simply refer you to page 2-35 of Part III of the main estimates. There is a section on alcohol relative to the department as well. It is one paragraph only but that program is described there.

Mr. Orlikow: There is a proposal being made in the United States now that, just as advertising for tobacco has been virtually eliminated, advertising the sale of alcohol should be either restricted or banned. It is a billion dollar expenditure in the United States. Again, I am not saying that we should do it. I am just suggesting that the department should look at the possibility.

Mr. Epp (Provencher): No comment.

The Chairman: Any further questions? Does any other committee member have any questions? We are a little past the regular adjournment time.

Mr. McCrossan: I have one question. I have been getting a number of letters on taheeb tea, which I had never heard of until I started getting the letters.

Mr. Epp (Provencher): That explains the behaviour.

[Traduction]

sécurité. On ressent certaines pressions, je ne sais pas si cela vient du gouvernement fédéral ou simplement de groupes qui aimeraient beaucoup que l'on relève l'âge minimum pour boire et conduire. Il y a des tas de statistiques sur le pourcentage d'accidents automobiles, et surtout d'accidents mortels, causés par les jeunes. Étudie-t-on ce genre de questions?

M. Epp (Provencher): Monsieur Orlikow, un comité interministériel examine les effets de l'alcool, en particulier les accidents de la route faisant des blessés et des morts. Ceci doit se faire en collaboration avec les provinces.

Si je considère ma propre province, non pas par esprit de clocher mais parce que c'est celle que je connais le mieux, le programme ALIVE du gouvernement manitobain est très efficace. Je suis sûr que d'autres provinces ont des programmes de ce genre. Il s'agit donc de jumeler les efforts fédéraux et provinciaux.

La différence est que pour les fumeurs, nous essayons de prévenir le mal. Pour ce qui est de l'alcool, nous parlons essentiellement des conséquences. Je ne puis vous donner de réponse plus précise. Ce que vous dites est certainement vrai mais c'est tout ce que je puis vous répondre pour aujourd'hui.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, je ne préconise pas de politique particulière car j'en sais beaucoup moins que vos collaborateurs. Je sais toutefois qu'un certain nombre de pays ont pris des mesures. Par exemple, en Norvège, pour une première infraction de conduite en état d'ébriété il y a une peine de prison obligatoire. Ce n'est pas forcément ce que je suggère. J'espère simplement que le ministère examine tout ce que l'on fait dans les autres pays.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, monsieur Orlikow se rappellera que le ministre de la Justice a déposé un projet de loi sur les peines sanctionnant l'ébriété au volant. Je puis d'autre part le renvoyer à la page 2-38 de la partie III du budget principal. Il y a un chapitre sur l'alcool. Ce n'est qu'un paragraphe mais le programme est décrit.

M. Orlikow: On propose actuellement aux États-Unis que, tout comme on a pratiquement éliminé la publicité sur le tabac, de limiter ou d'interdire la publicité pour l'alcool. Cette publicité rapporte un chiffre d'affaire de un milliard de dollars aux États-Unis. Là encore, je ne dis pas que c'est ce qu'il nous faut faire. Je suggère simplement que le ministère examine ces possibilités.

M. Epp (Provencher): Je n'ai rien à ajouter.

Le président: Autres questions? Un autre député aurait-il des questions? Nous avons un peu dépassé l'heure normale d'ajournement.

M. McCrossan: J'aurais une question. J'ai reçu un certain nombre de lettres sur le thé *taheeb* dont je n'avais jamais entendu parler avant.

M. Epp (Provencher): Cela explique les choses.

[Text]

Mr. McCrossan: To say nothing of cayenne pepper, which I have heard of, and ginseng, which I have also heard of. There is a whole series of things which the department is taking action on, either under labelling or restricting distribution. I would like to know what on earth is happening here. These products have been around for years and, all of a sudden, I gather distribution is being curtailed. What are you doing?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, taheebo tea is made from the bark of a Brazilian tree. It comes into Canada for medicinal purposes. Generally speaking, if these imports conform to labelling, the Health Protection Branch does not have too great a difficulty. However, we do have difficulty when wholesalers and distributors of some of these herbal products make claims that these products can either cure illness or restrict or retard the advancement of illness. That is where we start running into difficulty. I know that answer is possibly not totally satisfactory to you, Mr. McCrossan, or to those who feel that they should have the right or the access to some of these products. So in response, having met with a number of people in the herbal products distribution field, including those in Vancouver, we have put forward a very short-term committee which is to report in September. This will help us assess how we can address some of these issues.

• 1710

We are not in the business to withhold products that Canadians want to use, but we must be conscious of the fact that we also have a responsibility for claims that cannot be sustained or cannot be maintained. We hope that by the end of September this will be done.

For instance, there are food products that ethnic groups use, which are allowed in a particular country. However, on the other hand, when they are brought in for distributors, they are not allowed. So we know there is an inconsistency, and it is for that purpose we have the task force. Hopefully, we will have a regime in place by the end of September that will satisfy you.

Mr. McCrossan: Will the task force be reporting to the committee?

Mr. Epp (Provencher): It is supposed to report to the department, but if you think it would help you in explaining to your constituents how best to approach it, we will give that some consideration.

Mr. McCrossan: Okay, thank you.

The Chairman: Mr. Minister, you are obviously well briefed and a quick learner on these issues.

I think that brings our questioning to a close. Mr. Minister, we want to thank you and your officials for being with us . . .

Mr. Epp (Provencher): Just a minute, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): I am just getting some word that possibly I have left a wrong impression on New Brunswick's

[Translation]

M. McCrossan: Sans parler du poivre de cayenne et du ginseng dont, par contre, j'ai entendu parler. Il y a toute une série de produits pour lesquels le ministère adopte certaines mesures, que cela touche l'étiquetage ou la diffusion. J'aimerais bien savoir ce qui se passe. Ces produits existent depuis des années et, tout d'un coup, il semble que l'on veuille en limiter la diffusion. De quoi s'agit-il?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, le thé *taheebo* est fait à partir de l'écorce d'un arbre brésilien. Il est importé au Canada à des fins médicinales. De façon générale, si de telles importations sont conformes aux règles d'étiquetage, la Direction de la protection de la santé n'y voit pas grand problème. Toutefois, c'est plus difficile lorsque des grossistes et des distributeurs de certaines de ces herbes prétendent que ces produits peuvent soit guérir une maladie soit limiter ou retarder la progression d'une maladie. C'est là que le problème se pose. Je sais que cette réponse ne vous satisfera peut-être pas entièrement et ne satisfera pas ceux qui estiment qu'ils devraient avoir accès à certains de ces produits. Après les rencontres avec un certain nombre de distributeurs de produits semblables, notamment à Vancouver, nous avons mis sur pied un comité qui doit présenter un rapport en septembre. Cela nous permettra de décider quoi faire à ce sujet.

Notre but n'est pas d'empêcher les Canadiens de consommer certains produits mais nous devons rester conscients du fait que nous sommes également censés lutter contre la publicité trompeuse. Nous espérons que l'affaire sera réglée d'ici à la fin septembre.

Il y a par exemple des produits alimentaires que consomment certains groupes ethniques et qui sont autorisés dans certains pays. Toutefois, quand ils sont importés pour des distributeurs, ils ne sont pas autorisés. Nous savons que tout cela n'est pas très logique et c'est pourquoi nous avons confié cette étude au comité dont je vous parlais. Nous espérons d'ici à la fin septembre pouvoir adopter un régime qui vous satisfera.

M. McCrossan: Ce groupe d'étude fera-t-il rapport au Comité?

M. Epp (Provencher): Il est censé faire rapport au ministère mais si vous pensez que cela pourrait vous aider à expliquer la chose à vos électeurs, nous pourrions l'envisager.

M. McCrossan: D'accord, merci.

Le président: Monsieur le ministre, vous êtes de toute évidence bien informé et vous apprenez vite.

Je crois que cela termine la période de questions. Nous vous remercions beaucoup ainsi que vos collaborateurs d'être venus aujourd'hui.

M. Epp (Provencher): Un instant, monsieur le président.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): On me signale que j'ai peut-être créé un malentendu à propos des surfacturations au Nouveau-Brunswick. Monsieur Glynn pourrait-il m'aider?

[Texte]

extra-billing, as to the status. Could I have Dr. Glynn bail me out on that one?

Dr. P. Glynn (Assistant Deputy Minister, Policy, Planning and Information Branch, Department of National Health and Welfare): Mr. Chairman, the Minister may have left the impression that New Brunswick is planning to eliminate extra-billing. I am not sure that is entirely the case. Their current penalty is around \$7,000 a month, so it is very small.

Mr. Frith: Mr. Chairman, could I just have some clarification? My medicinal hour is approaching very quickly and in the interest of the Minister's health and mine, and the other members, I think we should adjourn.

The Chairman: I would like to thank the Minister and his officials for appearing before the committee today. The next regular meeting of this committee is planned for May 22 at 4 p.m. We will have as our witnesses the Hon. Otto Jelinek, Minister of Fitness and Amateur Sport.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

M. P. Glynn (sous-ministre adjoint, Politique, Direction de la planification et de l'information, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Monsieur le président, le ministre a peut-être donné l'impression que le Nouveau-Brunswick avait l'intention d'éliminer la surfacturation. Je ne suis pas sûr que ce soit tout à fait le cas. La pénalité actuelle est d'environ 7,000\$ par mois, ce qui n'est pas très élevé.

M. Frith: Monsieur le président, pourrais-je demander un éclaircissement? Mon heure médicale approche dangereusement et je crois que pour la santé du ministre, pour la mienne et pour celle des autres députés, il serait bon d'ajourner.

Le président: Je remercie le ministre et ses fonctionnaires d'être venus. La prochaine réunion du Comité est prévue pour le 22 mai à 16 heures. Nos témoins seront l'honorable Otto Jelinek, ministre de la Santé et du Sport amateur.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Dr. L.M. Black, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch;

Dr. M. Jérôme-Forget, Assistant Deputy Minister, Policy Planning and Information Branch;

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch.

From the Medical Research Council:

Dr. Pierre Bois, President.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

D^r A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé;

D^r L.M. Black, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux;

D^r M. Jérôme-Forget, sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information;

M. Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé.

Du Conseil de recherches médicales:

D^r Pierre Bois, Président.

28
9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Wednesday, May 22, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le mercredi 22 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Main Estimates 1985-86: Votes 50, 55, 60, 65 and 70
under NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1985-1986: Crédits 50,
55, 60, 65 et 70 sous la rubrique SANTÉ
NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Hon. Otto Jelinek
Minister of State (Fitness and Amateur Sport)

COMPARAÎT:

L'hon. Otto Jelinek
Ministre d'État (Condition physique et Sport amateur)

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Moe Mantha
Sergio Marchi
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Wednesday, May 22, 1985:

Sergio Marchi replaced Jean-Claude Malépart.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le mercredi 22 mai 1985:

Sergio Marchi remplace Jean-Claude Malépart.

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MAY 22, 1985
(22)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 4:37 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Moe Mantha, Sergio Marchi, Charles-Eugène Marin, Brian White.

Alternates present: Suzanne Duplessis, Ernest Epp.

Appearing: The Honourable Otto Jelinek, Minister of State (Fitness and Amateur Sport).

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Mr. Peter B. Lesaux, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport; Mr. Michel Bédard, Director, Fitness Canada.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, February 26, 1985, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1986. (See *Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, May 14, 1985, Issue No. 16.*)

By unanimous consent, the Chairman called Votes 50, 55, 60, 65 and 70 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

The Minister made a statement and, with the witnesses, answered questions.

At 5:52 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 22 MAI 1985
(22)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 16 h 37, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Moe Mantha, Sergio Marchi, Charles-Eugène Marin, Brian White.

Substituts présents: Suzanne Duplessis, Ernest Epp.

Comparaît: L'honorable Otto Jelinek, ministre d'État (Condition physique et Sport amateur).

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: M. Peter B. Lesaux, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur; M. Michel Bédard, directeur, Condition physique Canada.

Le Comité reprend l'examen de son ordre de renvoi du mardi 26 février 1985 relatif au Budget principal des dépenses pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 14 mai 1985, fascicule n° 16.*)

Par consentement unanime, le président met en délibération les crédits 50, 55, 60, 65 et 70 inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

A 17 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Wednesday, May 22, 1985

• 1638

The Chairman: The Chair sees a quorum. I call the meeting to order. We are resuming consideration of the main estimates 1985-86 on votes 50, 55, 60, 65, and 70 under National Health and Welfare, relating to Fitness and Amateur Sport and the XV Olympic Winter Games.

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Fitness and Amateur Sport Program

Vote 50—Operating expenditures\$9,428,000

Vote 55—Contributions.....\$52,351,000

XV Olympic Winter Games Program

Vote 60—Operating expenditures\$1,396,000

Vote 65—Capital expenditures\$33,900,000

Vote 70—Contributions.....\$14,502,000

The Chairman: We have appearing before us today the Minister, the Honourable Otto Jelinek, Minister of State for Fitness and Amateur Sport.

We welcome you here, Mr. Minister. I understand you have several of your officials here. Would you care to begin by introducing them and then leading off with an opening statement, if you wish.

Hon. Otto Jelinek (Minister of State (Fitness and Amateur Sport)): Thank you very much, Mr. Chairman. I am delighted to have the opportunity to be before this committee. I look forward to making a brief statement, as you pointed out, and I will try to save as much time as possible for any questions and answers.

With me is the Assistant Deputy Minister of Fitness and Amateur Sport, Mr. Peter Lesaux. Ms Cathy Kerr is the Director of Operational Co-ordination for the Olympic office.

The items that we want to discuss and that I want to make a few points on obviously are the three basic responsibilities of this ministry, namely amateur sport, fitness matters, and the Olympics.

Let me begin, Mr. Chairman and colleagues, by saying it has been a delight to have broken some longevity records as Minister of Fitness and Amateur Sport. As you probably know, there have been about eight Ministers in this portfolio in the last seven years. I say that a little bit in jest but also with some seriousness behind it, in that I believe it is very important to establish continuity within a department.

I think most of the people in the sports field, in the sports governing bodies and across the country, will tell you that they would hope for some continuity of policies and programs and decisions and that the Minister himself would stay. So it is with that in mind that I hope my colleagues are not going to be

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mercredi 22 mai 1985

Le président: Nous avons le quorum. Nous pouvons ouvrir la séance. Nous reprenons aujourd'hui l'étude du Budget principal de 1985-1986 et plus particulièrement des crédits 50, 55, 60, 65 et 70 sous le titre de Santé nationale et Bien-être social à propos de la condition physique et du sport amateur et des XVe Jeux olympiques d'hiver.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

Programme de la condition physique et du sport amateur

Crédit 50—Dépenses de fonctionnement\$9,428,000

Crédit 55—Contributions.....\$52,351,000

Programme des XVe Jeux Olympiques d'hiver

Crédit 60—Dépenses de fonctionnement\$1,396,000

Crédit 65—Dépenses en capital.....\$33,900,000

Crédit 70—Contributions.....\$14,502,000

Le président: Compareît aujourd'hui l'honorable Otto Jelinek, ministre de la Condition physique et du Sport amateur.

Bienvenue, monsieur le ministre. Il paraît que vous êtes accompagné de plusieurs de vos collaborateurs que vous voudrez bien, j'espère, nous présenter avant d'entamer vos observations liminaires.

L'honorable Otto Jelinek (ministère d'État à la Condition physique et au Sport amateur): Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis ravi de cette occasion de comparaître devant le Comité. J'aurais en effet une rapide déclaration à faire mais j'essaierai de vous laisser autant de temps que possible pour la période des questions.

Je suis accompagné du sous-ministre adjoint à la Condition physique et au Sport amateur, M. Peter Lesaux. M^{lle} Cathy Kerr est directeur de la Coordination opérationnelle du Bureau des jeux olympiques.

Les points dont nous voulons discuter et sur lesquels je dirais quelques mots sont évidemment les trois responsabilités fondamentales de notre ministère, à savoir le sport amateur, la condition physique et les Jeux olympiques.

Avant de commencer, j'ai le plaisir de vous annoncer que j'ai battu un record de longévité comme ministre du Sport amateur et de la Condition physique. Vous savez probablement qu'au cours des sept dernières années ce portefeuille a connu huit ministres différents. Je ne dis cela simplement pour plaisanter mais parce que j'estime qu'il est très important d'établir une certaine continuité au sein d'un ministère.

A peu près tout le monde dans le domaine du sport, dans les associations sportives partout au pays vous dira qu'il serait souhaitable d'avoir une certaine continuité dans les politiques et programmes du ministère et ainsi de ne pas changer tout le temps de ministre. C'est dans cet espoir que j'espère que mes

[Texte]

too rough on me, so that I get the opportunity to be here a little longer than some of my predecessors. I say that with a little bit of jest, of course, because I . . .

• 1640

An hon. member: How long would you like?

Mr. Jelinek: Well, at least four years.

Many of you may know that I have come up with a number of priorities, as Minister, and I am not going to talk about all of them at this point. But I hope they will come up during discussions today without any order of priority. There is no question that we are concerned about violence in sports; a hosting policy and the consequences that has on the fiscal restraint program of our government; sports medicine; the very important area of coaching, our best ever programs—both winter and summer; international sports exchanges, which I consider to be of utmost importance not only to the sporting community but to Canada as a whole; and the list goes on.

I move down, however, to probably my two top priorities, and those are as follows: First, it is my intention to establish a closer rapport with the private sector, to make certain that there is even more involvement by the private sector in amateur sport programs in this country, with amateur sports and with fitness programs. The ratio right now, Mr. Chairman, is roughly 20%. That is a rough round figure. Approximately 20% of the support for fitness and sports programs comes from the corporate sector and the other 80% comes from governments. It is my goal to be able to raise and increase the private sector's involvement up to approximately a 50:50 level with government involvement without—and I emphasize that—without decreasing government financial support to what I believe to be very important sectors of our society.

The second highest priority, of course, is fitness itself. I believe, as I have said so often in the last seven months, that fitness has for too many years taken a back seat to the so-called elite sports in this country. And it is my intention to bring fitness matters to the forefront, alongside amateur sports, elite and international athletics in Canada without in anyway jeopardizing this government's support for those elite athletes. There are a number of steps we have already taken. We have to focus our attention at youth, fitness in the third age, fitness in the working place.

In fact, we have signed an agreement with the Canadian Chamber of Commerce in that respect and I am happy to report that I will be hosting the first ever federal-provincial fitness conference at the end of this month for the purpose of trying to eliminate some of the duplications and some of the overlapping programs. I want to make fitness in this country a high priority and get more for the buck, to use that term, in working together with the provinces, because I do not think there is anything more necessary than to have provincial-federal co-operation and consultation on matters relating to

[Traduction]

collègues ne seront pas trop durs avec moi afin que je puisse rester là un peu plus longtemps que certains de mes prédécesseurs. Je dis évidemment cela sur le ton de la plaisanterie car . . .

Une voix: Combien de temps voulez-vous?

M. Jelinek: Ma foi, au moins quatre ans.

Nombre d'entre vous savent que je me suis donné un certain nombre de priorités à titre de ministre. Je ne m'arrêterai que sur certaines d'entre elles mais j'espère qu'au cours de la discussion nous pourrions également aborder les autres. Il ne fait aucun doute que nous nous préoccupons de la question de la violence dans le sport; d'autre part nous recevons et cela a des conséquences sur le programme de restriction de notre gouvernement; la médecine du sport; les programmes d'entraînement, qui sont excellents, cette année, tant pour l'hiver que pour l'été; les échanges internationaux de sportifs, que je considère essentiels non seulement pour les sportifs mais pour l'ensemble du Canada; etc. etc.

J'en arrive toutefois maintenant à mes deux grandes priorités: d'une part, l'établissement de rapports plus étroits avec le secteur privé afin que celui-ci participe même davantage aux programmes de sport amateur au Canada, qu'il s'agisse de sport ou de programmes de conditionnement physique. À l'heure actuelle, sa participation est d'environ 20 p. 100. C'est un chiffre approximatif, mais environ 20 p. 100 des subventions aux programmes de conditionnement physique et de sport amateur viennent du secteur privé alors que les gouvernements assument le reste. Mon objectif est de réussir à obtenir du secteur privé une participation d'environ 50 p. 100 sans toutefois, et j'insiste là-dessus, diminuer le soutien financier qu'apporte le gouvernement à ce que j'estime être des secteurs très importants de notre société.

Ma deuxième priorité est évidemment la condition physique elle-même. Comme je l'ai dit si souvent au cours de ces sept derniers mois, j'estime que pendant trop longtemps la condition physique est restée à la traîne de ce que l'on appelle les sports d'élite. J'ai bien l'intention de donner autant d'importance à la condition physique qu'au sport amateur, aux élites sportives et au sport international sans diminuer pour autant le soutien qu'apporte notre gouvernement aux élites sportives. Nous avons déjà pris un certain nombre de mesures. Nous avons porté notre attention sur la jeunesse, sur la condition physique du troisième âge, sur la condition physique sur les lieux de travail.

En fait, nous avons signé une entente avec la Chambre canadienne de commerce et j'ai le plaisir de vous annoncer que je recevrais à la fin du mois la première conférence fédérale-provinciale sur la condition physique afin d'essayer d'éliminer certaines répétitions de programmes. Je veux qu'au Canada la condition physique devienne une priorité et je veux que notre collaboration avec les provinces soit plus rentable car j'estime qu'il n'y a pas de secteur où la coopération et la consultation fédérale-provinciale soit plus nécessaire que dans les questions de condition physique et les programmes sportifs si l'on veut

[Text]

fitness programs and sports programs in order to eliminate the duplications in some of the obsolete overlapping programs that exist.

Last, so that I will not bore you too long with making a long speech because I do not intend to do that, is to touch on Olympic matters. I want to reconfirm that the federal government's commitment stands and that matters relating to the Olympic Games are progressing on schedule. Some are ahead of schedule and on budget, and some are under budget, as a matter of fact.

• 1645

There is no question the legacy is going to be left behind. It is tremendous for not only Calgary and Alberta, but for the rest of the country. In fact, a couple of weeks ago I announced the results of a new federal study which concluded that the spin-off benefits of the Calgary games are going to have a positive economic impact of \$1.2 billion, and not all of that will be in Calgary and Alberta, but right across the country, and will create 28,000 new person-years of employment. That goes to show you some of the economic benefits that will be derived as a result of hosting the Olympics in Calgary, not to mention the untold millions and millions of dollars, or hundreds of millions of dollars, worth of advertising for our nation by virtue of the fact of being a nation that is hosting the Olympic games.

Lastly, I want to announce here today that I have established the Olympic Endowment Fund which was part of the \$200 million initial umbrella agreement. We have established it early for a couple of reasons. First, let me explain that the endowment fund is set up for the purpose of maintaining and programming the Olympic facilities in Calgary after the games. But we have set it up now so that we can derive \$9.6 million of income from that endowment fund which will be used towards the development of high-calibre athletes as they prepare for 1988. It is something new and innovative, and I am convinced it will be for the benefit of our high-calibre athletes as they work towards building on the success that our athletes had last year at the Olympic games and as we move towards 1988.

So, Mr. Chairman, with that, I think I will leave it to you and my colleagues on this committee. I hope I will get an opportunity to expound on some of the things I just touched on briefly just now in answering any of the questions you may have.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. We appreciate your presentation.

We can follow the normal procedure today of 10 minutes for each party, if you wish. We started late. We can go until 5.30 or 6 p.m. I am in the hands of the committee regarding that.

Mr. Marchi, do you wish to lead off?

Mr. Marchi: Yes. Thank you very much.

The Chairman: Then Mr. Epp, and then Dr. Marin.

[Translation]

éliminer le double emploi qui existe entre certains programmes.

Enfin, afin de ne pas vous ennuyer par un long discours, j'aimerais terminer par la question des jeux olympiques. Je confirme que le gouvernement fédéral maintient son engagement et que le programme des jeux olympiques se poursuit comme prévu. Il y a même certaines activités qui sont en avance sans avoir dépassé leur budget et d'autres qui ne semblent d'ailleurs même pas nécessiter tout leur budget.

Il est certain que nous allons beaucoup en retirer. C'est formidable non seulement pour Calgary et l'Alberta mais également pour le reste du pays. En fait, j'annonçais, il y a environ deux semaines, les résultats d'une nouvelle étude fédérale qui conclut que les effets secondaires des jeux de Calgary auraient un impact économique de 1.2 milliard de dollars et que cela ne toucherait pas simplement Calgary et l'Alberta mais tout le pays et représenterait 28,000 nouvelles années-personnes. Cela montre certains des avantages économiques que nous pourrions tirer de ces jeux olympiques à Calgary sans parler des millions et des millions de dollars ou des centaines de millions de dollars de publicité que cela représentera pour notre pays tout simplement parce que nous recevons les jeux olympiques.

Enfin, j'ai le plaisir d'annoncer aujourd'hui que j'ai mis sur pied le Fonds de dotation olympique qui avait été prévu dans l'accord cadre initial de 200 millions de dollars. Nous avons décidé de le mettre tout de suite sur pied pour un certain nombre de raisons. Permettez-moi tout d'abord de vous expliquer que ce fonds devra permettre d'entretenir et de décider de l'utilisation des installations olympiques de Calgary après les jeux. Nous l'avons toutefois créé tout de suite afin de pouvoir tirer 9,6 millions de dollars de revenu que nous utiliserons pour aider des athlètes de haut calibre à se préparer pour 1988. C'est une idée assez nouvelle qui devrait être excellente pour nos grands athlètes afin qu'ils se préparent à réussir aussi bien sinon mieux en 1988 que les athlètes que nous avions l'année dernière aux jeux olympiques.

Monsieur le président, cela conclut les remarques que je voulais faire et j'espère que les questions qui me seront posées me permettront de développer certains des points que je viens d'aborder rapidement.

Le président: Merci, monsieur le ministre.

Nous pouvons aujourd'hui suivre la règle normale de 10 minutes par parti, si vous voulez. Nous avons commencé en retard. Nous pouvons continuer jusqu'à 5h30 ou 6 heures. Ce sera au Comité de décider.

Monsieur Marchi, voulez-vous commencer?

M. Marchi: Oui. Merci beaucoup.

Le président: Ce sera ensuite M. Epp puis M. Marin.

[Texte]

Mr. Marchi: I would like to thank the Minister and welcome the Minister for coming before us.

On my first round I will raise three things that the Minister touched upon, or two of the three. He mentions that he is going to be trying to promote greater private sector donations, or funding to our sports bodies and to the various sports. I was just wondering which sports are going to be geared. Is that a blanket on all sports, because as you can appreciate, on a mass appeal basis, there are certain sports that certainly are more popular with our private sector, or the corporate sector, such as skiing, or soccer, or hockey, as compared to other sports that are equally as meritorious, but do not have the mass appeal? I was just wondering how you are going to approach it on an individual sports basis, given the fact that this is a reality in our country.

Secondly, you touch on the Olympic situation in 1988. I was wondering how you were doing with the negotiations with the provinces to come up with I believe your earlier commitment of \$100 million of the \$200 million. There was to be a meeting of the ministers responsible for sports across this country. There were several problems associated with that meeting upon our discussion, and given the fact that we have been told in the House of Commons as of March 29 that the agreement is going to be signed by the summer, I was wondering if the Minister would have any specifics on that.

Thirdly, a question regarding the national soccer team which brought out certainly perhaps a fault in our funding procedures in that perhaps a national soccer team would have a number of professional players. I was pleased to see the Minister suggest that perhaps the rules are going to be changed, or certainly looked at with some vigour, so as to allow perhaps a national soccer team to get part of the \$600,000 funding that has gone to the Canadian Soccer Association.

• 1650

I think that is quite important, and it is not limited to soccer, of course. It is a recognition that we as a government get behind our national soccer teams as other countries do with theirs and that we have an equal footing for our athletes.

I guess it is not simply enough to say that we are going to throw it in the corporate sector because for the national soccer team there has already been about \$1 million dollars given by the private sector. How far can you ask the private sector to go? I was wondering, given the success of this national soccer team, whether there would be any possibilities where the federal government, as an incentive, could match any donations given to our soccer team from today forward.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Jelinek: Thank you very much, Mr. Marchi. I will attempt to answer your questions in reverse order and deal with the soccer question first.

You are right when you talk about some of the restrictive criteria that exist in respect to our World Cup team. As you are no doubt aware, restrictive Liberal criteria were introduced

[Traduction]

M. Marchi: Je remercie le ministre et lui souhaite la bienvenue au sein de notre Comité.

Pour le premier tour, j'aborderai trois sujets auxquels a fait allusion le ministre. Je crois en fait qu'il n'a touché qu'à deux d'entre eux. Il dit qu'il essaiera d'encourager le secteur privé à faire davantage de dons ou à financer davantage nos associations sportives et les différentes disciplines sportives. Pourrait-il nous dire à quels sports il pense en particulier? S'agit-il des sports en général car il faut bien comprendre qu'il y a certains sports qui sont évidemment beaucoup plus populaires que d'autres auprès du secteur privé, des entreprises. Pensez par exemple au ski, au soccer ou au hockey par opposition à d'autres sports tout aussi méritoires qui ne sont pourtant pas aussi populaires. Comment allez-vous traiter chacun des sports en fonction de cette réalité canadienne?

Deuxièmement, vous parlez des jeux olympiques de 1988. Où en sont les négociations avec les provinces car vous aviez, si je ne m'abuse, déclaré que vous engageriez 100 des 200 millions de dollars nécessaires. Il devait y avoir une réunion des ministres responsables des sports au Canada. Cette réunion semble poser un certain nombre de problèmes et comme on nous a dit à la Chambre des communes le 29 mars que l'entente serait signée cet été, je me demandais si vous auriez des détails à nous donner.

Troisièmement, j'aurais une question sur l'équipe nationale de soccer qui a fait certainement ressortir une des lacunes de nos règles de financement car une telle équipe nationale aurait un certain nombre de joueurs professionnels. J'ai été heureux de constater que le ministre a envisagé que l'on puisse changer le règlement afin de permettre à une équipe nationale de soccer d'obtenir une partie de la subvention de 600,000\$ attribuée à l'Association canadienne de soccer.

Je crois que c'est très important mais ce n'est évidemment pas limité au soccer. Il s'agit de reconnaître que notre gouvernement doit soutenir ses équipes nationales de soccer tout comme les autres pays et que nous donnons ainsi les mêmes chances à nos athlètes.

Il ne suffit pas de dire que nous allons confier cela au secteur privé car l'équipe nationale de soccer a déjà reçu environ 1 million de dollars du secteur privé. Combien pouvez-vous demander à ce secteur de donner? Étant donné le succès de cette équipe nationale, serait-il possible que le gouvernement fédéral déclare, pour encourager les dons, qu'à partir d'aujourd'hui il doublera toutes les contributions du secteur privé?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Jelinek: Merci beaucoup, monsieur monsieur Marchi. J'essaierai de répondre à vos questions dans l'ordre inverse et je commencerai donc par le soccer.

Vous avez raison à propos de certains critères restrictifs qui frappent notre équipe de la coupe mondiale. Comme vous le savez certainement, ces critères libéraux ont été adoptés par les

[Text]

by previous governments, and I have made it public already that we are reviewing the criteria in this respect.

The reason, of course, why there cannot be any direct funding to the World Cup team by the federal government, based on the previous Liberal policy, is the fact that there are professional players on that team. It is the policy right now, but I do not buy that argument at all and that is why in a press conference which I initiated last Wednesday I made it very clear that the new administration is going to look at reviewing the rules so we can support our national teams, particularly one of a nature of the national World Cup team, because too many Canadians do not realize that the World Cup in international sports is just as important as the Olympic Games and in fact is watched by more people around the world than an Olympic Games.

So, yes, to answer your question specifically in that respect, we are reviewing those criteria in order to make it possible for us to direct funds towards the development of a World Cup team, which in fact is also the Olympic team. So there is a semblance of disorganization in the policy that exists and I intend to change that policy.

I read with interest your statement in the House yesterday, which I found rather sarcastic and not altogether accurate. I would like to inform you that, when I took the initiative of calling the press conference in order to urge the private sector to come behind the efforts of the World Cup team, within 24 hours the private sector responded to my challenge and in fact Adidas has come on board, Shoppers Drug Mart has come on board, a major chocolate bar company, which I will not name right now because negotiations are still going on as to what type of funding will come forward, as well as a major battery company and a pet food manufacturer. So, opposite to what you stated yesterday in your statement, the action I took proved to be a very positive one, and I am convinced that along with the existing sponsor, the major sponsor, Molson, I will make certain that team will go on to that third qualifying round.

As you know also—you are mistaken about the \$500,000 deficit—if they reach and get through the third qualifying round and reach the World Cup then they will be subsidized by FIFA, the international soccer federation, to the tune of approximately \$500,000. So my job and the job of the Canadian Soccer Association is to make sure that team can continue to operate and make it through to the third qualifying round, and I have given the undertaking that I will make sure that happens.

On the negotiations with the provinces, I told you personally in private a month or so ago that the last date was postponed because of provincial attorneys general not having had the opportunity to review the Criminal Code amendments.

• 1655

We now have an agreement in principle with all the provinces. The deputy attorneys general had met in the first week of May on the Criminal Code amendments. They are

[Translation]

gouvernements qui nous ont précédés et j'ai déjà déclaré publiquement que nous les réexaminions.

La raison pour laquelle le gouvernement fédéral ne peut évidemment financer directement l'équipe de la coupe mondiale est qu'elle comprend des joueurs professionnels et que la politique libérale à ce sujet était très nette. Ce sont donc les principes appliqués actuellement mais je ne suis pas du tout d'accord et c'est pourquoi j'ai très clairement déclaré lors d'une conférence de presse mercredi dernier que le gouvernement envisageait de réviser ce règlement afin d'être en mesure de soutenir financièrement nos équipes nationales, en particulier lorsqu'il s'agit d'une équipe comme celle de la coupe mondiale car il y a trop de Canadiens qui ne réalisent pas qu'un sport international, la coupe mondiale est toute aussi importante que les jeux olympiques et qu'elle est suivie en fait par plus de monde que les jeux.

Donc, pour vous répondre précisément, nous réexaminons ce critère afin de nous permettre de participer au financement d'une équipe nationale pour la coupe mondiale qui est en fait également l'équipe olympique. Il semble donc que la politique actuelle soit un peu illogique et j'ai bien l'intention de la modifier.

J'ai lu avec intérêt la déclaration que vous avez faite hier à la Chambre et je dois dire que je l'ai trouvée assez sarcastique et pas tout à fait exacte. Je dois vous informer que lorsque j'ai pris l'initiative de tenir une conférence de presse afin d'inviter le secteur privé à aider l'équipe de la coupe mondiale, la réaction n'a pas attendu 24 heures et Adidas, Shoppers Drug Mart et une grande société de barres de chocolat que je ne puis nommer car les négociations ne sont pas terminées, ont décidé de relever le défi. Il y a également une grosse société de piles électriques et un fabricant de nourriture pour animaux domestiques. Donc, contrairement à ce que vous avez déclaré hier, la mesure que j'ai prise a donné d'excellents résultats et je suis convaincu qu'en plus du principal commanditaire Molson, nous réussirons à assurer que l'équipe continue à participer aux éliminatoires.

Vous savez également, et vous faites erreur quant au déficit de 500,000\$, que si l'équipe réussit à se qualifier au troisième tour et arrive à la coupe mondiale, elle sera alors subventionnée par la FIFA, la Fédération internationale de soccer pour un montant d'environ 500,000\$. Ma responsabilité et celle de l'Association canadienne de soccer est donc de nous assurer que l'équipe peut participer à toutes les éliminatoires et je m'y suis personnellement engagé.

Pour ce qui est des négociations avec les provinces, je vous ai dit personnellement il y a environ un mois que la dernière date avait été repoussée parce que les procureurs généraux provinciaux n'avaient pas eu le temps d'examiner les modifications à apporter au Code criminel.

Nous avons maintenant une entente de principe avec toutes les provinces. Les sous-procureurs généraux s'étaient réunis pendant la première semaine de mai pour discuter des

[Texte]

ironing out minor wordings of the Criminal Code changes. We are now looking for a date when we can bring together all the provincial lottery Ministers so we can sign this agreement. I said we would have it before the summer. I am still very hopeful we will. I do not think it matters too much whether the agreement is signed one or two months earlier or one or two months later. The most important factor here is that the agreement be signed. I am as confident today as I was when we last discussed the issue that that agreement will indeed be signed.

Lastly, on the first part of your question, regarding the private sector, we are in the process of working with a host of private-sector agencies across the country in developing an organized way to approach the private sector on behalf of fitness and amateur sport. I understand your concerns when you describe some sports as being more high-profile and being able to be matched up with a corporation more than other sports. That is precisely why, if we are going to move ahead in the direction I foresee us moving ahead in, we have to move in an organized fashion.

We are developing that process now. I know my officials hate it when I make date commitments, but I am making a commitment that we are going to have an operation in place, a private-sector operation, at arm's length to the government, in a fund-raising and sponsorship operation which is going to be in place before Christmas, for the benefit of all amateur sports and fitness programs.

Mr. Marchi: So the moneys collected in that pool would then be spread out evenly to the various sport federations or sport bodies. Is that the idea?

Mr. Jelinek: Not evenly, but depending on the criteria. I have talked about changing the criteria for soccer. What I did not mention is that we are also reviewing the criteria of federal funding as a whole; meaning precisely that. I am not quite satisfied the criteria now in place meet with my way of thinking.

My way of thinking includes a participation level of Canadians in a certain sport. I do not think we should be throwing tonnes of money into a sport just because we happen to have one gold medal in the Olympics but there is a participation level of maybe 100 Canadians in it. I think there has to be a combination of excellence as well as participation level. A new set of criteria will be developed in that respect and the funds we hope to generate from this organized method of fund raising and private-sector contributions is going to be distributed not on an even basis but based on those criteria to the sports that need it.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Mr. Chairman, I too would like to welcome the Minister here and express my pleasure at the opportunity to have some dialogue with him about important matters in fitness and amateur sport. Perhaps I could follow the same style of raising a number of points and inviting his response, following the arrangement he has given us.

[Traduction]

amendements au Code criminel. Ils mettent la dernière touche aux changements apportés au Code criminel. Nous cherchons maintenant à fixer une date à laquelle nous pourrions réunir tous les ministres provinciaux responsables des loteries afin de signer cette entente. J'ai dit que cela se ferait avant l'été. Je l'espère toujours. Je ne pense pas qu'il importe beaucoup que cette entente soit signée deux mois plus tôt ou deux mois plus tard. L'important c'est que cette entente soit signée. Je suis tout aussi convaincu aujourd'hui que je l'étais lorsque nous en avons discuté la dernière fois que cette entente sera signée.

Maintenant pour répondre à la première partie de votre question concernant le secteur privé, nous discutons avec toute une série d'agences du secteur privé de la mise au point d'une méthode organisée visant à associer le secteur privé à la condition physique et au sport amateur. Je vous comprends lorsque vous dites que certains sports sont plus susceptibles d'attirer la participation d'une société privée que d'autres. C'est justement la raison pour laquelle si nous optons pour la voie que je préconise, nous devons agir de manière organisée.

C'est l'exercice auquel nous nous livrons à l'heure actuelle. Je sais que mes fonctionnaires n'aiment pas du tout que je prenne date, mais je vous promets qu'avant Noël il y aura en place un organisme du secteur privé chargé du financement et du parrainage de tous les programmes du sport amateur et de condition physique.

M. Marchi: L'argent recueilli par cet organisme serait donc réparti également entre les divers fédérations ou organismes de sport. C'est bien l'idée?

M. Jelinek: Pas d'une manière égale, mais en fonction des critères. J'ai parlé de changement des critères pour le soccer. Ce que je n'ai pas dit c'est que nous révisons également l'ensemble des critères de financement fédéral. Les critères actuels ne me satisfont pas.

Selon ma philosophie, quel que soit le sport, il faut qu'il y ait un certain niveau de participation de tous les Canadiens. Je ne pense pas que nous devrions financer à mort un sport tout simplement parce que nous avons eu une médaille d'or aux Jeux olympiques alors que le nombre de Canadiens pratiquant ce sport n'est que de peut-être 100. Les simples pratiquants doivent avoir leur place à côté des sportifs d'élite. Une nouvelle série de critères sera mise au point à cet égard et le financement que nous espérons recueillir grâce à cette méthode organisée de financement et de contributions du secteur privé sera répartie non pas sur une base égale mais en fonction de ces critères aux sports qui en ont besoin.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Monsieur le président, j'aimerais également souhaiter la bienvenue au ministre et lui dire mon plaisir de pouvoir discuter avec lui de questions importantes la condition physique et le sport amateur. Je pourrais peut-être lui poser moi aussi un certain nombre de questions puis lui demander d'y répondre.

[Text]

The suggestion of significant increases in funding from the corporate sector for sports could have added to it as well, I suppose, the possibility of funding from individuals by means of some kind of tax inducements. I wonder, though, when we consider the matter of corporate support, whether anything is gained in doing this from corporations—providing them with inducements to fund sports—or whether we would not do just as well to raise the funds by taxation and have the moneys available to Fitness and Amateur Sport to disburse. It seems to me that one of the consequences of the attempt to move to 50:50 support, as you have suggested, is that one has to hold out inducements. It represents an increasing commercialization in various ways of amateur sport, in which having professional players of the national soccer team is one of the end results, perhaps.

• 1700

I wonder if you could tell us something about your efforts to deal with the tobacco and liquor companies in this whole area, particularly when we recognize more and more strongly the health consequences of smoking. R.J.R. Macdonald's people are pretty determined to remain in the business, as I can testify from a dinner I attended in Thunder Bay. I really wonder in some of these cases whether or not sport, or for that matter, fitness, is gaining anything by trying to involve the corporate sector more immediately, because a certain amount of control is lost, and taxation and disbursement might be a far better way of dealing with it.

I wonder too whether you might have some comments on this matter of amateur and professional involvements as we move more and more deeply into supporting our athletes, and the best-ever efforts make that inevitable. At some point we come very close to having professionals, and those old time-honoured ideals of amateurism do not stand up very well.

In the area of fitness, you referred to the consultation with the provinces. Could I press that on? There has been some debate in the last while about the possibilities of national co-ordination of efforts, national policies which would see a sounder development of athletes, particularly children and youth, moving towards the internationally competitive stage. I understand that in some of the countries that are most successful in producing winning athletes, particularly in the East bloc, the kinds of competitive patterns we are familiar with—for example, hockey tournaments with eight-year-old and ten-year-old boys—are unknown. The focus instead is on the development of skills, and only very gradually do children move towards the kind of intense competition that we tend to regard as the norm.

I wonder what you might tell us about the discussions you have had with the provinces, the possibility of encouraging provincial Departments of Education and schools, in particular, to consider much more carefully programs in this area.

Third, I might invite some comment on the prospects for the Olympic Games, recognizing that the Los Angeles ones suffered from boycotts. It may not be fair to the Minister to ask him to anticipate how things will go in a situation in

[Translation]

La proposition d'une augmentation importante du financement des sports par le secteur privé aurait pu s'accompagner, je suppose, également de la possibilité de financement par les particuliers en leur offrant des avantages fiscaux. Je me demande si la participation du secteur privé en l'encourageant à financer les sports, est la bonne solution et si nous n'aurons peut-être pas tout aussi bien fait d'imposer une taxe pour financer la condition physique et le sport amateur. Il me semble qu'une des conséquences de ce financement à 50 p. 100, comme vous l'avez suggéré, n'entraîne pas invariablement une augmentation de la commercialisation du sport amateur, la présence de joueurs professionnels au sein de l'équipe nationale de soccer en étant une des manifestations.

J'aimerais que vous nous parliez de vos initiatives concernant les compagnies de tabac et de boissons alcoolisées, compte tenu du fait que nous reconnaissons de plus en plus les méfaits du tabac pour la santé. La compagnie R.J.R. Macdonald est déterminée à ne pas abandonner le domaine sportif, et j'en veux pour preuve un dîner auquel j'ai participé à Thunder Bay. Je me demande si dans de tels cas le sport ou même la condition physique gagne quelque chose à essayer de faire participer plus immédiatement le secteur privé car il y a automatiquement perte d'un certain contrôle alors que la voie de l'imposition serait peut-être de loin une méthode préférable.

J'aimerais également que vous me parliez de cette question des amateurs et des professionnels dans le cadre de ce soutien appuyé de nos athlètes et des conséquences inévitables à cet égard. Il est inéluctable que nous finissions par ne plus avoir que des professionnels et les idéaux séculaires de l'amateurisme en prennent un sérieux coup.

En matière de condition physique, vous avez parlé de consultations avec les provinces. Pourrai-je aller plus avant? Il a été beaucoup question de coordination nationale des efforts de programmes sportifs nationaux s'adressant à tous nos enfants et à tous nos jeunes pour qu'un maximum atteigne le niveau international de compétition. Je crois savoir que certains pays sont très doués pour former de grands athlètes, surtout les pays de l'Est qui n'organisent pas comme nous, par exemple, des tournois de hockey pour les garçons de huit ans et de dix ans. Ils mettent plutôt l'accent sur le développement des aptitudes, et ce n'est que peu à peu que les enfants participent, à ce genre de compétitions intenses que nous avons tendance à considérer comme étant la norme.

J'aimerais que vous nous parliez de vos discussions avec les provinces, des possibilités d'encourager les ministères provinciaux de l'éducation et les écoles, en particulier, à mettre en place des programmes beaucoup plus raisonnables.

Troisièmement, les Jeux de Los Angeles ayant souffert d'un boycottage, j'aimerais que vous nous parliez des perspectives pour nos propres Jeux olympiques. Il n'est peut-être pas très loyal de demander au ministre de prédire ce qui se passera

[Texte]

which, presumably, we trust there will not be any boycott at all of the games by any country.

Mr. Jelinek: Mr. Chairman, I sit in the House of Commons day after day and month after month waiting for questions from both the opposition critics, and I think they do not have any because they very seldom stand up and ask them. But I see I have been wrong because you are full of questions, and I am delighted to receive them, if not in the House of Commons, at least here in committee.

Mr. Marchi: You should come more often.

Mr. Jelinek: When I am not travelling on behalf of fitness and sports across the country, Mr. Marchi, you know I am in the House of Commons. We look forward to your questions and Mr. Epp's at any time.

I guess I will start off in the same way as I did with Mr. Marchi and talk about the Olympic boycott question.

• 1705

First, Mr. Epp, I have had the opportunity to talk to sports ministers or government officials from those countries that boycotted Los Angeles, and I am assured that is not going to be the case with Canada. I even doubt it is going to be the case with Seoul, for that matter, because I believe it is very important that a boycott of neither of the two Olympics, summer or winter, takes place; otherwise, I think we would lose a lot of the Olympic movement as we know it. I believe the superpowers have gotten boycotts out of their systems. I know the Soviet-bloc countries are looking forward to coming to Calgary in 1988; I believe, in the same breath, they will also be coming to Seoul.

Your comments on fitness were on the same frame of thinking, because that is precisely why I want to move fitness matters to the forefront. You mentioned that out of the expanded grass roots will come more elite athletes—as they do, for example, in East Germany—and that is true. I think I have a two-pronged reason for bringing fitness to the forefront. One is the one you talked about, and it must be done in conjunction with the provinces. The other one is because of health care costs, and this is very appropriate for this committee; as you know, they are at some \$30 billion in this country and rising considerably every year. Just one of many reasons is the fact that Canadians are not as fit as they could be. There are obviously other reasons why those health care costs are as high, but one of the reasons is because Canadians are not as fit as they could be.

I think it is the duty of the federal government to take the lead, which we intend to do, and work with the provinces to improve on a national level the fitness of all Canadians. It has to be done with the provinces. As you have pointed out, Mr. Epp, the educational system, in my opinion, has a lot of room for improvement. As far as physical education is concerned, that is where it is lacking. It is one area where we cannot step on the toes of the provincial jurisdiction, but you can be

[Traduction]

alors que fort vraisemblablement aucun pays ne boycottera nos jeux.

M. Jelinek: Monsieur le président, cela fait des jours et des mois que je siège à la Chambre des communes attendant que les critiques de l'Opposition me posent des questions et j'avais fini par croire qu'ils n'en avaient pas à me poser. Je vois que je me trompais et je suis fort heureux de ces questions qui si elles ne me sont posées à la Chambre, me le sont pour le moins en Comité.

M. Marchi: Vous devriez venir plus souvent.

M. Jelinek: Quand je ne parcours pas le pays au nom de la condition physique et des sports, monsieur Marchi, vous savez que je suis à la Chambre des communes. Vos questions et celles de M. Epp sont toujours les bienvenues.

Je ferai pour M. Marchi et je commencerai par la question du boycottage olympique.

Premièrement, monsieur Epp, j'ai eu l'occasion de rencontrer les ministres des Sports ou les représentants gouvernementaux de ces pays qui ont boycotté les Jeux de Los Angeles, et ils m'ont assuré qu'il n'y aurait pas de répétition au Canada. Je doute même qu'il y ait répétition à Séoul, car je crois qu'il est très important que ni les Jeux olympiques d'été ni ceux d'hiver ne soient boycottés; autrement, le mouvement olympique tel que nous le connaissons y perdrait beaucoup. Je crois que les superpuissances ont abandonné toute idée de boycottage. Je sais que les pays du Bloc soviétique sont impatients de venir à Calgary en 1988; je crois qu'ils sont tout aussi impatients de participer aux Jeux de Séoul.

Vos idées concernant la condition physique sont analogues aux miennes, car c'est précisément la raison pour laquelle je veux donner la priorité à la condition physique. Vous dites que plus l'on élargit la base de participation, plus grandes sont les chances de former des athlètes d'élite—ce que font, par exemple, les Allemands de l'Est—et c'est vrai. Cette volonté de donner la priorité à la condition physique procède de deux raisons. Premièrement, il y a celle dont vous avez parlé, et il faut que cela se fasse en conjonction avec les provinces. Deuxièmement, il y a la facture médicale, et c'est un problème qui intéresse tout particulièrement votre Comité. Comme vous le savez, cette facture se monte à près de 30 milliards de dollars et augmente considérablement chaque année. Une des nombreuses raisons en est que les Canadiens ne sont pas en aussi bonne condition physique qu'ils pourraient l'être. Bien entendu, il y a d'autres raisons expliquant cette facture médicale, mais il reste que les Canadiens ne sont pas en aussi bonne condition physique qu'ils pourraient l'être.

Je crois que le gouvernement fédéral a le devoir de montrer l'exemple—c'est notre intention—et, en collaboration avec les provinces, d'améliorer sur le plan national la condition physique de tous les Canadiens. Il faut le faire avec les provinces. Comme vous l'avez indiqué, monsieur Epp, le système d'éducation, à mon avis, laisse beaucoup à désirer. Les programmes d'éducation physique sont insuffisants. C'est un domaine dans lequel nous ne pouvons marcher sur les pieds de

[Text]

assured that I will be as frank with my provincial counterparts when we meet at the end of this month as I am being right here in saying that we will do our share from the federal standpoint, but the provinces have to do their share from a provincial standpoint. Together we will be able to move forward and onward to improve the level of fitness among Canadians.

Your question on amateur versus professional is an old question that has been going on for many years. I do not say that in a derogatory way to you, because it is appropriate, particularly at this time, when even the International Olympic Committee has moved to allow, for example, in hockey and soccer professional players under the age of 21 for the next Olympic games. Again, I will speak from my personal standpoint. I believe it is inevitable that over the course of the next decade or two—or even sooner than that—international sports is going to be an open event. What do they refer to, amateurism shamateurism, or whatever that statement is? That is exactly what exists. Again, I am being very frank about it.

The fact of the matter is that we are moving toward the age of professionalism. That in itself brings me back to your first question about the private sector and commercialism and tax incentives. Sports has become a business; it has become a big business, amateur sports and professional sports—and amateur sports are becoming more and more a big business. You can look at some of our skiers of past years and the amount of money that has passed hands between product promoters and so-called amateur skiers. You can go into my area of background or expertise, which was in the field of figure skating; there has been millions of dollars that has passed hands prior to a so-called amateur athlete becoming a professional one.

• 1710

Granted, a lot of those dollars go into trust funds, into associations and what have you. But it is inevitable that amateur sport is going to move in the direction of being an open "competition" in so far as who can and cannot qualify to participate, and the International Olympic Committee is moving towards that area because it is business and because our star athletes are recognized not only nationally but internationally. That, in itself, is a great incentive for corporations to sponsor and promote those athletes or those teams or those sports that have this high profile.

One of the difficult things in what we are working on now with the private sector, and which Mr. Marchi referred to in his questions, of course, is being able to make sure we will not only be able to match the private sector with those high-profile athletes and teams, but that we will be able to bring in funds to disburse to the not-so-high-profile individuals and teams.

Last is the tobacco issue. You mentioned you had dinner with the R.J.R. Macdonald people and that they intend to stay in the game, supporting sports, if I understood you correctly. The fact of the matter, as you know, is that this government came up with a policy some months ago, which I announced, where no new sponsors of tobacco products will be allowed with any sports organizations that are being funded by the

[Translation]

la juridiction provinciale, mais vous pouvez être assuré que je serai aussi franc avec mes homologues provinciaux, lorsque nous nous rencontrerons à la fin de ce mois, que je le suis ici en disant que le gouvernement fédéral assumera sa part, mais que les provinces doivent également assumer la leur. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrions améliorer le niveau de condition physique des Canadiens.

Votre question concernant les amateurs et les professionnels ne date pas d'aujourd'hui, et le débat dure depuis longtemps. Ma remarque n'est pas du tout désobligeante, car vous avez tout à fait raison, surtout maintenant alors que le Comité olympique international lui-même vient de décider de permettre, par exemple, la participation de joueurs professionnels de hockey et de soccer de moins de 21 ans aux prochains Jeux olympiques. Personnellement, encore une fois, je crois qu'il est inévitable qu'avant la fin de la prochaine décennie, ou même avant, tous les sports internationaux seront ouverts aux amateurs et aux professionnels. On ne parle plus aujourd'hui que de faux amateurs, et c'est la réalité. Ce n'est pas moi qui dirai le contraire.

Nous entrons de plus en plus dans l'ère du professionnalisme. Cela me ramène à votre première question concernant le secteur privé, la commercialisation et les encouragements fiscaux. Le sport est devenu un commerce, un gros commerce, le sport amateur et le sport professionnel—et les sports amateurs deviennent de plus en plus un gros commerce. Prenez nos skieurs. Cela fait déjà un certain nombre d'années que ces soi-disant amateurs sont payés de la main à la main par les commanditaires. Dans le domaine qui était le mien, celui du patinage artistique, les soi-disant amateurs ont toujours touché des millions de dollars avant de devenir professionnels.

Bien sûr, une grande partie de ces dollars était versée à des fonds en fiducie, à des associations, etc. Il est cependant inévitable que le sport amateur se professionnalise de plus en plus au niveau des participants, et le Comité olympique international l'admet de plus en plus, car le sport est devenu un commerce, et ses vedettes ont non seulement une réputation nationale, mais aussi internationale. En soi, cela ne peut qu'encourager les sociétés à parrainer et à promouvoir ces athlètes, ces équipes ou ces sports dont la popularité est si grande.

Une de ces difficultés que nous essayons de régler actuellement avec le secteur privé, difficultés dont a parlé M. Marchi dans ses questions, bien entendu, est que non seulement nous devons cofinancer ces athlètes et ces équipes vedettes, mais aussi ces athlètes et ces équipes moins populaires.

Pour finir, la question du tabac. Vous avez dit avoir dîné avec les représentants de R.J.R. Macdonald et qu'ils étaient fermement décidés à ne pas abandonner le domaine des sports, si je vous ai bien compris. Comme vous le savez, j'ai annoncé il y a quelques mois, au nom de mon gouvernement, qu'aucun organisme sportif financé par le gouvernement fédéral ne pourra dorénavant être parrainé par des fabricants de tabac,

[Texte]

federal government, and existing contracts are going to be allowed to run their course. With the case of R.J.R. Macdonald, I believe that agreement between R.J.R. Macdonald and the Canadian Ski Association runs until 1988.

So we are respecting all contractual obligations that exist. But because of the obvious effect that tobacco use has on our youth, the government decided not to allow any contracts to be signed with amateur sports-governing bodies that are funded partially or wholly by the federal government.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister.

Mr. Epp, you have had about 14 minutes, so I will put you on for a second round, if you wish.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Definitely, please.

The Chairman: Dr. Marin, you can have something in the order of 12 minutes, you and/or your colleagues.

Mr. Marin: Okay. I will split my time with my colleagues.

Nous sommes heureux de vous recevoir cet après-midi, monsieur le ministre. J'ai seulement deux questions. Je ne voudrais pas vous faire répéter ce que vous avez déjà dit.

Premièrement, est-ce que les compagnies qui vendent des boissons alcoolisées seront autorisées à annoncer leurs produits? Deuxièmement, compte tenu des différents problèmes de financement lors des jeux olympiques de Montréal, quelles seront les modalités de financement des jeux olympiques de Calgary?

Mr. Jelinek: I will try to deal with the Olympic question first, Mr. Chairman. In fact, perhaps after I make a general statement on that matter, I would like my official to be a little bit more specific in the funding aspect of the Olympics.

Generally speaking, the Olympic Organizing Committee, known as OCO, has learned a lot from some of the problems that took place in Montreal in the staging of the Montreal Olympic Games, and they also learned a lot from the very successful organization of the Los Angeles Olympic Games. As a result, there is a combination of an improved effort and a united effort between the Olympic Organizing Committee, the federal government, the provincial government, the municipal government and the private sector.

• 1715

I am satisfied in having reviewed on a regular basis, as Minister responsible for the games, as to what is going on in Calgary in preparation for 1988 that we are not going to end up with a deficit, but we may even end up with a surplus. Most importantly, and I already mentioned that in my opening remarks, the endowment fund, which is already established, which I announced today, is going to make certain that the legacy of the games continues after 1988.

[Traduction]

les contrats actuellement en cours étant respectés jusqu'à leur échéance. Dans le cas de R.J.R. Macdonald, je crois que son contrat avec l'Association canadienne de ski court jusqu'en 1988.

Nous respecterons donc toutes les ententes contractuelles. Cependant, compte tenu des conséquences évidentes de l'usage du tabac sur notre jeunesse, le gouvernement a décidé de ne pas autoriser la signature de nouveaux contrats avec des organismes de sport amateur partiellement ou entièrement financés par le gouvernement fédéral.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Monsieur Epp, vous avez déjà eu environ 14 minutes. Je peux vous inscrire pour un deuxième tour, si vous le souhaitez.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Certainement, s'il vous plaît.

Le président: Monsieur Marin, vous pouvez avoir environ 12 minutes, que vous pouvez partager avec vos collègues, si vous le voulez.

M. Marin: Très bien. Je vais partager ce temps avec mes collègues.

It is our pleasure to welcome you this afternoon, Mr. Minister. I have only two questions. I would not want to have you repeat what you have already said.

Firstly, will alcohol companies be allowed to advertise their products? Secondly, in view of the several funding problems of the Montreal Olympic Games, what will be the funding terms and conditions of the Calgary Games?

M. Jelinek: J'essayerai tout d'abord de répondre à votre question sur les Jeux olympiques, monsieur le président. En fait, après vous avoir répondu d'une manière générale, j'aimerais que mon collaborateur vous donne une réponse un peu plus précise sur le financement des Jeux olympiques.

D'une manière générale, le Comité d'organisation des Jeux olympiques, connu sous le nom de COJO, a tiré de nombreuses leçons des problèmes qui se sont posés à Montréal lors des Jeux olympiques d'été, et il a également tiré beaucoup d'enseignements du grand succès des Jeux olympiques de Los Angeles. En conséquence, le Comité d'organisation des Jeux olympiques, le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, l'administration municipale et le secteur privé ont décidé de mieux combiner et de mieux unir leurs efforts.

En tant que ministre responsable des Jeux, j'ai suivi sur une base régulière ce qui se passait à Calgary en vue de la préparation pour 1988 et je suis convaincu qu'il n'y aura pas de déficit et que nous pouvons même peut-être nous attendre à un excédent. Encore plus important, et j'en ai déjà parlé dans mes remarques préliminaires, le fonds de dotation qui est déjà établi et que j'ai annoncé aujourd'hui fera en sorte que l'héritage des Jeux se poursuive au-delà de 1988.

[Text]

The federal government's financial commitment to those games is \$200 million, and it is my responsibility to attempt to raise those \$200 million in non-tax revenue dollars. We have already talked about an agreement with the provinces which we hope to finalize in the not too distant future.

Parliament has already approved the Olympic commemorative coin program, for which the Canadian Royal Mint estimates profits, in round figures, of up to \$50 million. The Miscellaneous Estimates committee is now reviewing the possibility of establishing a new Canadian circulating dollar coin, the incremental seignorage of which would come towards the non-tax revenue dollars in the Olympic games; plus I still hope to be able to increase some of the involvement of the private sector.

As I have stated to the one and only question Mr. Marchi ever asked me in the House of Commons . . .

Mr. Marchi: You really cannot get over that.

Mr. Jelinek: —I am convinced that we will be successful in not only raising the \$200 million, but that we will probably go beyond that and will be able to use the excess of those dollars towards development of amateur sports in Canada.

If you would like me to be a little bit more specific on the dollar items, I think my officials could enlighten you, but it is up to you.

The Chairman: Dr. Marin, do you wish to have further elucidation?

Mr. Marin: No, that is okay for me. My second question is about the alcohol business.

Mr. Jelinek: Oh, yes. I was not trying to skate around that one, excuse the pun!

The decision, when it was made by the government in respect to tobacco products, was made at the response of the Department of Health and Welfare, which obviously concludes that the use of tobacco products is dangerous to the health of anybody who uses it. The concern, of course, is what about tobacco and beverage companies? It is not believed by the Department of Health and Welfare that moderate use of alcoholic beverages is dangerous to your health, but obviously excessive use of alcoholic beverages is. The biggest killer in this country, in respect to the use of alcohol, is drunk driving, and that is why the Minister of Justice, Mr. Crosbie, has come up with new legislation, as you are aware, of making much higher and tougher penalties for drunk drivers.

We had to cut off somewhere where we are going to stop, because if we disallow the liquor companies from sponsoring sports, then the next one is going to be the beer companies, and then you could get into a lot of other products that are bad for your health to some extent. Foods high in cholesterol are bad. I am going to the extremes. But somewhere a line had to be drawn, because Health and Welfare is pushing an anti-smoking program.

[Translation]

L'engagement financier du gouvernement pour ces Jeux est de 200 millions de dollars, et c'est moi qui ai la responsabilité de trouver ces 200 millions de dollars sans toucher aux recettes de l'État. Nous avons déjà parlé d'une entente avec les provinces que nous espérons ratifier dans un avenir assez proche.

Le Parlement a déjà approuvé le programme de pièces commémoratives des Jeux olympiques, qui devrait rapporter, d'après la Monnaie royale, près de 50 millions de dollars, en chiffres ronds. Le Comité permanent des prévisions budgétaires étudie en ce moment la possibilité de la mise en circulation d'une nouvelle pièce d'un dollar, dont le droit de tirage servirait à financer les Jeux olympiques; de plus, j'espère toujours être en mesure de faire augmenter la participation du secteur privé.

Comme je l'ai déjà dit en réponse à la seule et unique question que M. Marchi ait jamais posée à la Chambre des communes . . .

M. Marchi: Vous ne vous en remettez pas.

M. Jelinek: . . . je suis convaincu que non seulement nous arriverons à trouver ces 200 millions de dollars, mais que nous dépasserons probablement cette somme et que nous pourrions utiliser l'excédent pour financer les sports amateurs au Canada.

Si vous voulez des renseignements un peu plus précis, je crois que mes fonctionnaires pourraient vous en donner, mais c'est à vous de décider.

Le président: Monsieur Marin, souhaitez-vous des renseignements plus précis?

M. Marin: Non, cela me va. Ma deuxième question portait sur les compagnies de boissons alcoolisées.

M. Jelinek: Oh, oui. J'avais oublié cette figure imposée. Excusez le jeu de mots!

La décision concernant le tabac a été prise par le gouvernement en réponse à une demande du ministère de la Santé et du Bien-être, pour qui, de toute évidence, l'usage du tabac est dangereux pour la santé. Dans ce cas, y a-t-il une différence entre le tabac et l'alcool? Le ministère de la Santé et du Bien-être ne croit pas que l'usage modéré des boissons alcoolisées soit dangereux pour notre santé, mais qu'un usage excessif de l'alcool est bien entendu dangereux. C'est l'alcool au volant qui tue le plus dans notre pays, et c'est la raison pour laquelle le ministre de la Justice, M. Crosbie, a proposé une nouvelle mesure législative, comme vous ne devez pas l'ignorer, qui pénalise de manière beaucoup plus sévère l'alcool au volant.

Il faut nous fixer une limite, car si nous interdisons le parrainage des sports aux compagnies de boissons alcoolisées, les prochaines sur la liste seront les brasseries, et il y aurait ensuite toute une série de produits qui sont mauvais pour la santé, dans une certaine mesure. Les aliments à forte teneur en cholestérol sont mauvais pour la santé. J'exagère, mais il ne faut pas dépasser certaines bornes. Santé et Bien-être fait une campagne contre l'abus du tabac.

[Texte]

We went along with the recommendation and took the bull by the horns and made the decision at the time so that we could go on to running the business of promoting fitness and sports programs.

The Chairman: Madam Bertrand.

Mme Bertrand: Monsieur le ministre, dans vos projets pour 1985-1986, vous parlez de la condition physique dans le milieu de travail. Qu'avez-vous en tête en voulant mettre sur pied de tels programmes?

• 1720

Mr. Jelinek: Let me preface my answer by saying the reason it is imperative for the government to promote fitness in the workplace is that every study, every pilot project, every example concludes quite categorically that if you have fitness in the workplace, productivity increases, absenteeism decreases, the overall mood of the employees improves. So it is beneficial not only to the worker but to the employer as well.

What we have done already is we have signed an agreement with the Canadian Chamber of Commerce, which has a network of thousands of individual chambers of commerce, which in turn represent tens of thousands of businesses, where we will be providing the program and the chamber of commerce will be delivering that program to the workplace, promoting fitness in the workplace, with the hope of encouraging the employer to promote fitness in the workplace for the benefit of the employee as well as for the benefit of the company.

Mr. Marchi: I would like to return to the comments made by the Minister on my statement. It was not made certainly to read as sarcastic. I would like to remove any sense of partisanship at this meeting. I do not think we should do that. I detected somehow that the Minister wanted to have a go at it.

Mr. Jelinek: I would not do that. I am not that type of . . .

Mr. Marchi: I know. That is why I was so surprised.

I was wondering whether the government was prepared at all to help our national soccer team this year. I appreciate the fact that the Minister is looking at the regulations. I applaud him for that. I agree with him. My statement was more for the immediate future. We have had the corporate sector donate to the soccer team. I was just wondering whether immediately this year this government would get behind the team financially. I appreciate the Minister's effort to try to raise funds from the private sector, but I was more concerned if there were going to be any financial dollars and assistance from the department or the government in general.

Secondly, I would like to elaborate a little more on the question of tobacco versus liquor versus beer. Was a list of companies drawn up by Health and Welfare to say these are the companies or areas of industry we should not be looking at

[Traduction]

Nous avons accepté sa recommandation, nous avons pris le taureau par les cornes et nous avons pris la décision que cela ne devait pas nous empêcher de promouvoir les programmes de condition physique et de sports.

Le président: Madame Bertrand.

Mrs. Bertrand: Mr. Minister, in your 1985-86 Estimates, you talk about fitness in the work place. What are you thinking of in terms of such programs?

M. Jelinek: En guise d'introduction à ma réponse, je vous dirai que la raison pour laquelle il est essentiel que le gouvernement favorise la condition physique dans le milieu de travail, c'est que chaque étude, chaque projet pilote, chaque exemple conclut de façon catégorique que si on a cette condition dans le milieu de travail, la productivité augmente, l'absentéisme diminue, et de façon générale, les employés sont de meilleure humeur. C'est donc avantageux non seulement pour le travailleur, mais également pour l'employeur.

Nous avons déjà signé une entente avec la Chambre de commerce du Canada, qui compte un réseau de milliers de chambres de commerce, celles-ci représentant à leur tour des dizaines de milliers d'entreprises à qui nous offrons le programme et la chambre de commerce se chargera de l'offrir dans le milieu de travail, de favoriser la condition physique dans le milieu de travail, en espérant que l'employeur en fera également la promotion pour le plus grand bien de l'employé, de même que de l'entreprise.

M. Marchi: Je reviens aux remarques qu'a faites le ministre sur ma déclaration. Il ne voulait certainement pas être sarcastique. J'aimerais dissiper toute impression qu'on a fait preuve d'esprit de parti. Il ne faudrait pas que cela se passe ainsi à cette réunion. Il m'a semblé que le ministre voulait prendre la parole à ce sujet.

M. Jelinek: Je ne voudrais pas du tout m'en rendre coupable. Je ne suis pas du genre . . .

M. Marchi: Je sais. C'est la raison pour laquelle j'étais si étonné.

Je me demande si le gouvernement est disposé à aider notre équipe nationale de soccer cette année. Je sais que le ministre étudie le règlement. Je l'en félicite. Je suis tout à fait d'accord avec lui. Je songeais surtout à l'avenir immédiat. Le secteur des entreprises a fait des dons à l'équipe de soccer. Je me demandais simplement si le gouvernement songe à aider financièrement et immédiatement l'équipe cette année. Je sais que le ministre s'est efforcé de lever des fonds au sein du secteur privé, mais ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le ministère, ou le gouvernement, aiderait financièrement cette équipe.

Deuxièmement, je voudrais approfondir un peu plus la question du tabac, par opposition à l'alcool et à la bière. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a-t-il établi une liste des sociétés pour déterminer quelles entreprises

[Text]

for sponsorship? If there was, can you simply elaborate in a little more detail and precision, Mr. Minister, how it was that tobacco companies were perhaps the sole industry that sponsorships were to be stopped from and only the existing contracts would be allowed to pursue their course?

Thirdly, I would like to approach the area of tax credits and charitable contributions and whether there were any efforts in making people's contributions to sport groups and federations on a tax incentive . . . I am not too sure whether that exists now and I was wondering what the Minister's philosophy was towards that.

Mr. Jelinek: Mr. Chairman, Mr. Marchi, thank you. You know that mild-mannered Jelinek would never get partisan here or anywhere else. So if I sounded as if I was being partisan, it was only in the imagination that this could have taken place, because . . .

Mr. Marchi: Apology accepted.

Mr. Jelinek: On your soccer question, whether we are prepared to put dollars into the team, at this time it is a hypothetical question whether they need it or not. I have already indicated to you that the response from the private sector within the first 24 hours—and the response is continuing—has been excellent, and I am convinced the soccer team, Team Canada, working towards the World Cup, will be able to operate as efficiently as they have in the past as they move toward the third round. I, as Minister, am giving you the assurance that they will not find themselves in financial difficulties.

• 1725

I know that is not answering your question directly. The fact of the matter is that at this point in time we are not planning to give them any direct funding, because I believe they will not be needing any direct funding from the government. In fact, Mr. Marchi, the Canadian Soccer Association, which is responsible for that team, or the team itself has not asked us for any funding. I took the initiative. They did not call me. I called them and said, "Look, I am concerned about the team. I want to help you out and I think calling in the private sector will be successful to a great extent". They had never heard of such a thing, a Minister calling them to help them out. It has always been the reverse.

So I can tell you that both the Canadian Soccer Association, which by the way we fund to the tune of \$600,000 a year, as well as the team itself, from the coach down to the players, were just tickled pink that the Minister and the federal government took the initiative to go out of their way to help them out. I am quite convinced they will have no difficulty, financially, in moving towards that third round. I hope for the sake of their team and for the sake of Canada that they will be as successful as they were in the first two rounds.

The tobacco . . . there was no such thing as a hit list, or a list of who we will accept or who we will not accept. The fact of the matter is that the federal government spends millions of

[Translation]

ou quels secteurs de l'industrie ne doivent pas parrainer? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous donner des précisions, monsieur le ministre, et nous dire comment il se fait que les sociétés de tabac représentent la seule industrie qui ne pourra plus parrainer et pour laquelle on permettra seulement que les contrats en vigueur puissent se terminer?

Troisièmement, j'aimerais aborder la question des crédits fiscaux et des dons de charité et demander si on a encouragé par des stimulants fiscaux les gens à faire des contributions aux groupes sportifs et aux fédérations . . . Je ne suis pas sûr que ce soit le cas présentement et j'aimerais bien connaître la pensée du ministre à ce sujet.

M. Jelinek: Je vous remercie, monsieur le président, monsieur Marchi. Vous savez que je suis un doux et que je ne ferai jamais preuve d'esprit de parti, ici ou ailleurs. Par conséquent, si je vous ai semblé en faire preuve, cela n'a pu se passer que dans l'imaginaire, car . . .

M. Marchi: J'accepte vos excuses.

M. Jelinek: Vous avez demandé si nous étions disposés à aider financièrement l'équipe de soccer; en a-t-elle besoin ou non, la question demeure hypothétique à ce stade-ci. Je vous ai déjà souligné que le secteur privé a répondu de façon excellente au cours des premières 24 heures—et cela se poursuit—et je suis convaincu que l'équipe de soccer, l'Équipe Canada, fera des efforts pour gagner la coupe du monde, et qu'elle fera de son mieux, comme elle l'a fait par le passé, maintenant qu'elle en est rendue à la troisième ronde. Je peux vous assurer, en tant que ministre, que l'équipe n'éprouvera pas de difficultés financières.

Je ne réponds pas à votre question directement, je le sais. La raison en est qu'à ce moment-ci, nous ne prévoyons pas la financer directement, car je ne crois pas qu'elle en ait besoin. De fait, monsieur Marchi, l'Association canadienne de soccer, qui est responsable de cette équipe, ou même l'équipe elle-même, ne nous a pas demandé de financement. J'ai pris l'initiative; on ne m'a pas téléphoné. Je les ai appelés pour leur dire: Écoutez, je suis inquiet au sujet de votre équipe. Je voudrais vous aider et je crois que faire appel au secteur privé sera, dans une large mesure, très utile. Les représentants de l'équipe en étaient à leur première expérience: le ministre qui les appelle pour les aider. C'est toujours le contraire qui s'était produit.

Je puis donc vous dire que, à la fois l'Association canadienne de soccer—en passant, je vous signale que nous les finançons jusqu'à concurrence de 600,000\$ par année—et l'équipe elle-même, depuis l'entraîneur jusqu'aux joueurs, étaient ravies que le ministre et le gouvernement fédéral prennent l'initiative de faire l'impossible pour les aider. Je suis convaincu qu'ils n'auront pas de difficultés, financièrement, à se rendre à la troisième ronde. J'espère, pour l'équipe et pour le Canada, qu'ils auront autant de succès qu'aux deux premières rondes.

Pour le tabac . . . Il n'y avait pas de liste noire, ni de liste de ceux que nous devrions accepter ou ne pas accepter. La réalité, c'est que le gouvernement fédéral dépense des millions de

[Texte]

tax dollars on anti-smoking campaigns. It is an obvious contradiction to have the federal government spending millions of tax dollars on an anti-smoking campaign and then having the tobacco corporations support the very segment of our society that is most susceptible to the advertisement of tobacco products, namely, the youth and young athletes in this country.

I know the decision I made is not applauded by everybody around the country. My predecessors felt they did not want to deal with it for one reason or another, because that issue has been around for two or three years, and I felt it was an issue that had to be dealt with very quickly so we could move on to other things. And we did just that. But the specific answer to your specific question is: There was no list.

There was just that contradiction of the Department of National Health and Welfare spending millions of tax dollars in an anti-smoking campaign, and then us taking money on the other side of the ledger to promote youth and fitness in this country. It just did not make sense. It is as simple as that.

The Chairman: Was there a third issue?

Mr. Jelinek: I do not think there was a third issue.

The Chairman: That being the case, Mr. Epp, for five minutes.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): The difficulty in the funding of sports that various activities raise is quite great, is it not? When we think of the lifestyle advertising which the brewing companies use, a good deal of that activity is directly tied in with amateur sport activities in the very best sense. At least, a group of men going out to have a friendly football game or a yachting activity, or whatever it might be, is not amateur sport, is not fitness-oriented, not competitive perhaps, and that becomes the basis for the lifestyle beer ad. It is very difficult to get away from these things. Of course, there was that additional area too of support for athletic activities from gambling money. We have not really touched on that this afternoon. It was wrapped up, in a sense, on the federal level last fall. But as I suggested at the time, we will leave the sinning to the provinces and the federal government virtuously will see to it that the moneys end up being used for sporting activities. Of course, in Ontario where Wintario moneys have built athletic activities and so on, it is so very difficult to separate these things out.

• 1730

I find myself wondering in fact, as against the argument I had for trying to raise so much money from the corporate sector, whether conceivably, if enough money could be raised in the corporate sector to support the athletic activities, the various national organizations and so on, the Health and Welfare dollars that go into this area might in fact be much better spent in developing national policies that we were talking about earlier—a fitness that is related to encouraging the learning of skills, the developing of young athletes,

[Traduction]

dollars fiscaux pour des campagnes anti-tabac. Ce serait, pour le gouvernement fédéral, être en contradiction flagrante que de dépenser des millions de dollars fiscaux pour une campagne anti-tabac et de permettre ensuite que les sociétés de tabac appuient ce secteur de notre société qui est le plus touché par la publicité des produits du tabac, c'est-à-dire les jeunes et les jeunes athlètes du pays.

Je sais que ma décision n'est pas bien vue par tout le monde. Mes prédécesseurs ont cru bon ne pas toucher à la question pour une raison ou pour une autre, car elle se pose depuis deux ou trois ans, mais j'ai cru qu'il fallait la résoudre très rapidement, afin de passer à autre chose. C'est ce que nous avons fait. Pour répondre de façon précise à votre question: non, il n'y avait pas de liste.

Il n'y avait que cette contradiction: le fait que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dépensait des millions de dollars fiscaux pour une campagne anti-tabac, alors que, de notre côté, nous dépensions de l'argent pour favoriser les jeunes et la condition physique au pays. Cela n'avait pas de sens. C'est aussi simple que cela.

Le président: Y avait-il une troisième question?

M. Jelinek: Je ne crois pas.

Le président: Dans ce cas, vous avez cinq minutes, monsieur Epp.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): C'est très difficile de financer des sports que suscitent diverses activités, n'est-ce pas? Lorsqu'on pense par exemple à la publicité sur tel ou tel style de vie que font les brasseries, une bonne partie de cette activité est reliée directement au sport amateur, dans le meilleur sens du terme. Du moins, un groupe d'hommes qui se préparent à un match de football amical ou à une sortie sur un yacht, etc., ce n'est pas du sport amateur, ce n'est pas une activité axée sur la condition physique, il n'y a pas de compétition peut-être, mais c'est à la base du style de vie préconisé par la publicité des brasseries. C'est très difficile d'y échapper. Les jeux d'argent ont également permis de financer des activités du domaine athlétique. Nous n'en avons pas vraiment parlé cet après-midi. Cela a été décidé, dans un certain sens, au niveau fédéral, l'automne dernier. Comme je l'ai dit à cette époque, ce seront les provinces qui seront coupables, et le gouvernement fédéral s'occupera vertueusement de s'assurer que l'argent est utilisé en fin de compte pour des activités sportives. En Ontario, évidemment, l'argent de la Wintario a servi à l'athlétisme, etc., et il est donc très difficile de faire la part des choses.

Je me demande donc, même si j'ai argumenté contre le recours aux commanditaires privés, dans le cas où suffisamment d'argent pourrait être recueilli dans ce secteur pour appuyer les activités des athlètes, des diverses organisations nationales et autres, s'il ne vaudrait pas mieux consacrer l'argent du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à des choses plus utiles, à élaborer par exemple des politiques nationales dont nous avons parlé un peu plus tôt—une condition physique qui vise à encourager l'acquisition de

[Text]

potential competitors springing up from those ranks and so on. I wonder if that 50% you have from tax moneys might be much more cleanly spent there and would leave these other areas—as you said all too well—of “shamateurism” to the corporate dollars, recognizing that all of that is completely polluted anyway with tobacco money and liquor money and gambling money and so on and so forth. It would be almost impossible to clean the Augean stables out so why bother even trying very much, although I realize in the case of tobacco . . . I was pleased with your decision last fall. I still support it heartily. I just feel so helpless in some of these other areas.

Secondly, as far as dealing with the provinces . . .

Mr. Jelinek: Mr. Epp, if I may interject here without sounding rude, I am not sure if there was a question posed in that. I appreciate the input and I agree with the comments you have made, and I think what we are planning to do is precisely along the lines you suggested. But I am not sure if there was a question there.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Well, the question relates quite nicely to the next one I was going to put.

Mr. Jelinek: Okay.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): What do you see as the possibilities of real co-operation with the provinces? For example, I think one of the amateur sport achievements has been the development of coaching programs and the building up of skills across the country, the qualifying of coaches at various levels and so on. I think that has to be a very real achievement of your people, if I can describe them that way. What are the possibilities of bringing that into university faculties of education, physical education and so on, relating it to the schools and so on, and having these levels built up so our programs in the schools might achieve the same high quality we have been talking about in these exchanges?

Mr. Jelinek: Coaching, which I touched on earlier, is one of the priorities, of course, in our development of the sports because I know firsthand that you cannot make it without a good coach no matter what support there is for an athlete. A lot has been done in the past; a lot of new coaching has been developed in the universities, at the university level. These are some of the matters we discuss between our annual federal-provincial sports Ministers meetings in the fall. The one I am hosting at the end of this month is strictly a fitness-related meeting and it is the first ever.

I think I would prefer to let my assistant deputy minister, Mr. Lesaux, answer more specifically in the area of coaching to your question.

Peter, if you would.

The Chairman: Mr. Lesaux.

Mr. Peter B. Lesaux (Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport): Mr. Chairman, just for Mr. Epp's benefit, I have two comments.

[Translation]

compétences, la formation de jeunes athlètes, de champions éventuels qui sortiraient des rangs. Je me demande si ces 50 p. 100 apportés par l'impôt fiscal ne pourraient pas être mieux dépensés de cette façon pour laisser ces autres domaines—comme vous l'avez si bien dit—de «prétendu amateurisme» aux commanditaires privés, sachant très bien que tout cela, de toute façon, est pollué par l'argent provenant des sociétés de tabac, d'alcool, de maisons de jeux, et autres. Ce serait presque impossible de nettoyer les écuries d'Augias, par conséquent pourquoi se préoccuper, même si dans le cas du tabac . . . La décision que vous avez prise l'automne dernier m'a beaucoup plu. Je l'appuie de tout coeur. Je me sens tout à fait sans défense dans certains autres domaines.

Deuxièmement, pour ce qui est de traiter avec les provinces . . .

M. Jelinek: Monsieur Epp, je ne veux pas sembler impoli, mais permettez-moi d'intervenir, je ne suis pas sûr que vous ayez posé une question. J'apprécie vos remarques et je suis d'accord avec ce que vous avez dit, mais je crois que nous prévoyons faire exactement ce que vous avez suggéré. Je ne suis pas tout à fait certain que vous ayez posé de question.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Eh bien la question, j'allais justement la poser maintenant.

M. Jelinek: Très bien.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Croyez-vous qu'il soit possible d'avoir une coopération véritable de la part des provinces? Un des réalisations du sport amateur c'est la mise sur pied de programmes d'entraînement et l'accroissement des compétences au pays, le perfectionnement des entraîneurs à divers paliers aussi. C'est vraiment ce que vos gens ont pu réaliser, si je puis m'exprimer de cette façon. Est-ce que serait possible de faire de même dans les facultés universitaires, en éducation physique par exemple, aussi dans les écoles et ailleurs, afin de relever le niveau pour que nos programmes dans les écoles produisent cette qualité supérieure dont nous avons parlé?

M. Jelinek: J'ai parlé un peu plus tôt de l'entraînement, c'est évidemment une de nos priorités dans les sports, car je sais personnellement qu'on ne peut pas y arriver sans avoir un bon entraîneur, quelle que soit l'aide apportée à l'athlète. On a beaucoup fait par le passé, on a vraiment mis l'accent sur l'entraînement dans les universités, au niveau universitaire. Ce seront des questions dont nous discutons entre nos réunions annuelles, tenues à l'automne, des ministres des Sports fédéral et provinciaux. La réunion que je vais présider à la fin de ce mois concerne exclusivement la condition physique, c'est une première.

Je vais laisser mon sous-ministre adjoint, monsieur Lesaux, vous apporter des précisions sur la question de l'entraînement.

Peter, je vous cède la parole.

Le président: Monsieur Lesaux.

M. Peter B. Lesaux (sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur): Monsieur le président, je voudrais faire deux remarques à l'intention de M. Epp.

[Texte]

One is that we have a national coaching association in Canada to which Fitness and Amateur Sport contributes approximately \$2 million a year for the development of coaching expertise throughout Canada. We have five levels of coaching, as you perhaps know, and increasingly a far greater number of qualified coaches are developing within the school system, indeed in the sandlot system, and many of the sport-governing bodies are laying down criteria now that make it necessary for men and women to have qualities or qualifications to coach.

I might also say, Mr. Epp, that up until a few years ago, regrettably, many of our athletes at the high school and college level were leaving Canada to go the United States for better coaching opportunities as well as better competitive opportunities. We are finding increasingly that many Canadian athletes are remaining in Canada to take advantage of the betterment, the increased quality of coaching that now exists in our school systems, and I mean secondary school systems and college and university school systems.

• 1735

So while we still have a considerable way to go, we still have many non-Canadian coaches in Canada, who are helping us greatly. We honestly feel there has been considerable improvement made in the coaching field. We are working, as the Minister said, to try to accelerate that development as best we can.

The Chairman: Thank you, Mr. Lesaux. You might get a third round in here, Mr. Epp.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): I might mention an instance along those lines, which would be encouraging. A young athlete from Thunder Bay who was involved in the 10-mile legion-sponsored run on Saturday told me he considered an American university, but I believe he decided to go to the University of Western Ontario because he would be able to get good coaching and the studies would be serious. He was concerned about his professional capabilities afterward.

Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Madame Duplessis.

Mme Duplessis: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, mes questions ont trait aux installations. Dans le budget que vous présentez pour les Quinzièmes jeux olympiques, y a-t-il des montants d'argent pour les installations, ou bien si ces dernières avaient été prévues dans le budget 1984-1985? Également, est-ce que les installations sont défrayées conjointement avec la province hôte ou si c'est le fédéral qui défraie en entier le coût des installations?

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Jelinek: Thank you very much, Mr. Chairman, Madam Duplessis.

There is a split of responsibilities among the various levels of government for the construction of facilities in Calgary. The federal government's responsibilities are the Canada Olympic

[Traduction]

Tout d'abord, nous avons une association d'entraînement nationale au Canada à qui la Direction de la condition physique et du sport amateur remet environ 2 millions de dollars par année pour perfectionner des entraîneurs partout au Canada. Nous avons cinq niveaux d'entraînement, vous le savez peut-être, et nous avons de plus en plus d'entraîneurs compétents dans nos écoles, même chez les très jeunes, et un grand nombre d'organismes de contrôle des sports établissent présentement des critères afin que les hommes et les femmes qui s'occupent d'entraînement aient les compétences ou les aptitudes nécessaires.

J'ajouterai également, monsieur Epp, que malheureusement, il y a jusqu'à quelques années encore, un grand nombre de nos athlètes au niveau de l'école secondaire et au niveau collégial quittaient le Canada pour se rendre aux États-Unis où ils trouvaient de meilleurs entraîneurs et une plus grande compétitivité. Nous nous rendons compte de plus en plus qu'un grand nombre d'athlètes canadiens demeurent au Canada pour profiter du meilleur système que nous avons, du meilleur entraînement qui existe maintenant dans le système scolaire, c'est-à-dire les écoles secondaires, les collèges et les universités.

Même si nous avons encore beaucoup de chemin à faire, nous avons encore au Canada des entraîneurs qui ne sont pas canadiens, mais qui nous aident beaucoup. Nous croyons honnêtement avoir fait beaucoup de progrès dans le domaine de l'entraînement. Ainsi que le ministre l'a dit, nous travaillons très fort à accélérer les progrès.

Le président: Merci monsieur Lesaux. Vous pourriez peut-être prendre la parole au troisième tour, monsieur Epp.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Je pourrais vous citer un cas encourageant. Un jeune athlète de Thunder Bay qui participait à la course de dix milles parrainée par la légion samedi, m'a dit avoir songé à fréquenter une université américaine, mais il a décidé, je crois, de fréquenter l'Université de Western Ontario, car il pourrait recevoir un bon entraînement et les études y sont sérieuses. Il s'inquiétait de sa compétence professionnelle pour l'avenir.

Je vous remercie monsieur le président.

The Chairman: Mrs. Duplessis.

Mrs. Duplessis: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, my questions relate to facilities. In the budget you have tabled for the 15th Olympic Games, are there any moneys set aside for facilities, or has it been already taken care of in the 1984-85 budget? Also, are the facilities jointly paid by the host province or is it the federal government who will pay the entire cost of these facilities?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Jelinek: Je vous remercie beaucoup monsieur le président, madame Duplessis.

Pour ce qui est de la construction des installations à Calgary, la responsabilité est partagée parmi les divers paliers de gouvernement. Le gouvernement fédéral est responsable du

[Text]

Park, which includes both the 90-metre and 70-metre ski jump as well as the bob and luge runs, as well as the ski hill for free-style skiing, which will be a demonstration sport in 1988. The federal government was also a financial partner in the construction of the Saddle Dome, along with the province and the city. The other project for which we are totally responsible as the federal government is the speed-skating oval, which is going to be the first-ever indoor speed-skating oval. It is going to be a magnificent structure, which will bring in athletes from all over the world to train in Canada.

We are also involved in the secondary arena, namely the Foothills Arena for the Canadian hockey team to practise in. The downhill skiing mountain, for example, is the funding responsibility of the province; so there is a distinct separation of responsibilities. I am told by my officials, just reminding me, that although we are funding the speed-skating oval, the University of Calgary is responsible for the construction and any potential overruns of the speed-skating oval. On the other hand, the Canada Olympic Park's construction responsibilities lay with us or with Public Works.

The Chairman: Thank you very much.

Une autre question, madame Duplessis?

Mme Duplessis: Monsieur le ministre, est-ce que cette piste couverte de patinage de vitesse sera bientôt prête? Allez-vous également prévoir des fonds pour permettre à nos athlètes canadiens d'aller s'entraîner avant le début des jeux, l'automne prochain?

Mr. Jelinek: The speed-skating oval is going to be in fact the last facility that is . . . It is under construction now, and it is expected to be completed in the early part of 1987, which gives only one year prior to the games themselves. On the other hand, at Canada Olympic Park the ski jumps and the bob and luge runs are going to be ready as early as next winter. The Saddle Dome, of course, as you know, is already finished.

Our athletes are being encouraged, of course. Hockey Canada, for example—this is going to be the first time we are building a team from scratch now toward the 1988 games. Instead of having a bunch of professionals compete we are building a Team Canada that will be using the Saddle Dome and the Foothills Arena as we move closer to the games. But the oval contracts and agreements were not put in place early enough to have them constructed sooner than is scheduled.

The Chairman: Thank you very much.

• 1740

M. Marin: Monsieur le ministre, permettez-moi de revenir à une question qui me tient à coeur. En tant que médecin, j'ai dû accorder une attention très spéciale aux alcooliques. J'ai aussi été entraîneur bénévole pour une équipe de hockey pendant quelques années. J'ai été témoin d'énormément de problèmes qu'on peut attribuer à cette publicité des compagnies de bière ou de boissons alcoolisées.

[Translation]

parc olympique canadien, qui comprend le tremplin de ski de 90 mètres et celui de 70 mètres, de même que les pistes de bobsleigh et de luge, et la pente de ski libre, qui sera un sport de démonstration en 1988. Le gouvernement fédéral est associé financièrement à la construction du *Saddle Dome*, de concert avec la province et la ville. L'autre projet que nous prenons entièrement à charge est l'anneau de patinage de vitesse, le premier anneau couvert à être jamais construit. Ce sera un édifice magnifique, et des athlètes du monde entier viendront s'entraîner au Canada.

Nous participons également à la construction de la patinoire secondaire, l'Arène Foothills, où s'entraînera l'équipe de hockey canadienne. La piste de ski de descente est financée par la province, il y a donc des responsabilités distinctes pour chacun. Les fonctionnaires me rappellent que même si nous finançons l'anneau de vitesse, c'est l'Université de Calgary qui en est le maître d'oeuvre et qui prend en charge tous les dépassements de devis éventuels. Par ailleurs, nous sommes responsables, du moins les Travaux publics le sont, de la construction du parc olympique canadien.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Another question, Mrs. Duplessis?

Mrs. Duplessis: Mr. Minister, will this covered speed skating oval ring be ready soon? Are there any funds available also to enable the Canadian athletes to train before the games start next fall?

M. Jelinek: L'anneau de patinage de vitesse sera la dernière installation qui . . . On est en train de le construire actuellement, et il doit être terminé au début de 1987, c'est-à-dire un an seulement avant l'ouverture des Jeux. Par ailleurs, les tremplins de ski et les pistes de bobsleigh et de luge dans le parc olympique canadien seront prêts dès l'hiver prochain. Comme vous le savez évidemment, le *Saddle Dome* est déjà terminé.

Il est évident que nos athlètes se sentent encouragés. Hockey Canada par exemple—c'est la première fois que nous formons une équipe complètement, pour les Jeux de 1988. Au lieu de désigner des joueurs professionnels disparates qui ne sont pas habitués à jouer ensemble, nous formons une équipe nationale qui se servira du *Saddle Dome* et de l'arène Foothills avant que ne commencent les Jeux. Pour ce qui est du contrat et des accords concernant l'anneau de vitesse, nous n'avons pu les signer suffisamment tôt pour que la construction se fasse plus tôt que prévu.

Le président: Merci beaucoup.

Mr. Marin: Mr. Minister, let me come back to something which is of particular interest to me. As a doctor, I have had a lot to do with alcoholics. For several years, I have also coached a hockey team on a voluntary basis. I have seen many problems that can be attributed to such advertisement by beer or alcohol companies.

[Texte]

En dehors de cette urgence qui s'appelle les jeux olympiques de Calgary, allez-vous planifier ou sera-t-il possible de planifier la disparition graduelle de ces commanditaires au niveau de la télévision, et peut-être même au niveau de la prise en charge? On sait que plusieurs équipes sont prises en charge par des compagnies de bière, même des équipes de jeunes de 8, 10 et 12 ans.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Jelinek: Mr. Chairman, Dr. Marin, I can sympathize with your concerns. I understand the difficulties. I repeat, however, what I am told by experts in the Department of Health and Welfare and others. We have discussed this whole matter of tobacco sponsorship and liquor, alcohol and brewery sponsorship. We have had much consultation prior to making the decision. I am told by the experts that alcohol, used properly, is not offensive. I said when it is used properly, and that is the key word. That is why it is believed by this government that it is more appropriate to attack the misuse of alcohol rather than the use of alcohol itself.

Justice Minister Crosbie's amendments do just that; they attack the misuse of alcoholic beverages rather than the use of them.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Marchi, then Madam Bertrand and Mr. Epp.

One question, Mr. Marchi. This is the third question that I thought you did not get answered.

Mr. Marchi: Yes, in my last round I brought up the whole question of charitable status, and I am not too sure whether any of the sports groups or sports federations have that charitable status. If they do not, what plans does the Minister, perhaps in collaboration with his colleague, the Minister of Finance, have to change that? If the status is changed, it will provide an incentive for those individuals in the private sector to come forward and donate funds in support of the sport of their choice. At the same time, they will reap a personal benefit as well.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Jelinek: Mr. Marchi, I apologize if you asked that question before and I did not answer. Immediately upon becoming Minister, and knowing that I would look towards more funds flowing in from the private sector and from the public, I asked officials from the Department of Finance to review the possibilities of tax incentives. Mr. Epp mentioned those earlier, too, and I did not respond to them. I asked them to review tax incentives, charitable status and other ways and means of encouraging Canadians to contribute to fitness and sports programs.

I can tell you that people in the Department of Finance have looked at the possibilities, are still reviewing some of the possibilities. Someone today in Question Period said, hold your breath for 24 hours before the budget comes down. Do not hold your breath for 24 hours waiting for tomorrow's budget to include tax incentives for a fitness and sports programs,

[Traduction]

Apart from this urgent situation called the Olympics in Calgary, do you intend to plan for the phasing out of these television commercials and even the practice of sponsoring; do you believe it will be possible? We know that several teams are being sponsored by beer companies, sometimes teams of young people 8, 10 and 12 years of age.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Jelinek: Monsieur le président, docteur Marin, je comprends vos préoccupations. Je comprends les difficultés. Cela dit, je dois vous répéter ce que m'ont dit les experts du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, entre autres. Nous avons discuté de toute cette question du parrainage des compagnies de tabac et d'alcool, des brasseries. Nous avons eu de nombreuses consultations avant de prendre la décision. Les experts me disent que l'alcool, consommé avec modération, n'est pas dangereux. Le mot clé est modération. C'est la raison pour laquelle ce gouvernement estime qu'il vaut mieux s'attaquer à l'abus d'alcool qu'à l'alcool proprement dit.

Or, les amendements du ministre de la Justice, M. Crosbie, ont précisément cet effet. Ils s'attaquent aux mauvais usages que l'on fait des boissons alcoolisées plutôt qu'à leur usage.

Le président: Merci beaucoup.

M. Marchi, puis M^{me} Bertrand et M. Epp.

Monsieur Marchi, une seule question. C'est la troisième question pour laquelle vous n'avez pas reçu de réponse, je crois.

M. Marchi: Oui, au dernier tour, j'ai soulevé toute la question du statut d'organisme charitable et je ne sais pas si certains groupes sportifs ou fédérations sportives ont ce statut. Dans le cas contraire, comment le ministre, peut-être en collaboration avec son collègue, le ministre des Finances, a-t-il l'intention de changer cette situation? Si le statut est changé, cela encouragera les particuliers dans le secteur privé à verser des fonds pour soutenir un sport. En même temps, ils auront un avantage personnel.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Jelinek: Monsieur Marchi, si vous avez posé cette question, veuillez m'excuser de ne pas y avoir répondu. Dès que je suis devenu ministre, sachant que j'allais devoir trouver des fonds supplémentaires auprès du secteur privé et auprès du secteur public, j'ai demandé aux employés du ministère des Finances d'étudier les possibilités offertes par les encouragements fiscaux. M. Epp en a parlé tout à l'heure, lui aussi, mais je n'ai pas relevé la question. J'ai demandé qu'on étudie les possibilités offertes par les encouragements fiscaux, le statut d'organisme charitable, et autres moyens pour encourager les Canadiens à contribuer au programme de santé et de sport.

Bref, il y a des gens au ministère des Finances qui ont étudié les possibilités, qui sont encore en train de les étudier. Pendant la période des questions, quelqu'un a dit: attendez 24 heures que le budget soit déposé. N'espérez pas voir dans le budget de demain des encouragements fiscaux pour les programmes de santé et de sport, vous ne les y trouverez pas. Et à mon avis, ce n'est pas une fuite d'informations.

[Text]

because it is not going to be there. And I do not think that is a leak.

• 1745

An hon. member: A leak.

Mr. Jelinek: That is not a leak. I do not think that . . .

An hon. member: It is a plot.

Mr. Jelinek: It is a plot, not a leak; right.

I am still very anxiously supporting moves in that direction. But I also respect and support my government's fiscal restraint policy and programs, and incentives of this nature, charitable or otherwise, are like taking one dollar out of one pocket and putting it into the other pocket.

So we are working on it, Mr. Marchi. I considered it a priority. That is why I went to the Department of Finance and my colleague, the Minister himself, with these proposals back in October of last year. But I was told then that it was very doubtful it would be included in the first budget but it would be under review, under consideration. Any support I can have from you and your colleagues and my own towards promoting this in future budgets would be greatly appreciated.

Mme Bertrand: Monsieur le ministre, nous savons que la semaine du 26 mai est la semaine Participation. Comment allez-vous y participer personnellement, ici sur la Colline? Qu'est-ce que vous attendez de nous, les députés? Que voulez-vous que nous fassions la semaine prochaine?

Mr. Jelinek: Yes, we would. We want all Canadians to participate. I will be involved . . . Mr. Marchi says he will be standing up and down trying to be recognized in Question Period.

Mr. Marchi: No, I said you are going to be running after the Finance Minister.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Running down, I would offer.

Mr. Jelinek: I will be participating in numerous activities, both here and in my own constituency, of course, as we all must. Perhaps I could ask Michel Bédard, our Fitness Director, to come out with some specifics on what sorts of programs are involved in the National Physical Activity Week and Participation.

Mrs. Bertrand: I just want to know, especially here in Ottawa on the Hill, if there will be a special activity that all the Members of Parliament will be involved with.

Mr. Jelinek: For the third age, for our seniors, next Tuesday there will be a walk around the Hill. We are expecting a large crowd. We have asked the Prime Minister to participate in it. We are not sure whether the Prime Minister can take part, with his busy schedule. He does not consider himself a senior citizen yet. For that matter, neither do I, but I will be participating there; and yes, all Members of Parliament are

[Translation]

Une voix: Une fuite.

M. Jelinek: Ce n'est pas une fuite. Je ne pense pas que . . .

Une voix: C'est une conspiration.

M. Jelinek: C'est une conspiration, pas une fuite, précisément.

Quoi qu'il en soit, je tiens toujours à encourager tous les efforts dans ce sens. Mais en même temps, je respecte les politiques et les programmes de restriction fiscale de mon gouvernement, et les encouragements de cet ordre, charitables ou autres, finiront toujours par enlever les dollars d'une poche pour les mettre dans une autre.

Nous continuons donc à réfléchir, monsieur Marchi, et pour moi c'était une priorité et c'est la raison pour laquelle je suis allé voir les gens du ministère des Finances et mon collègue, le ministre lui-même, pour leur soumettre ces propositions en octobre dernier. Ils m'ont répondu qu'ils doutaient fort que cela figure dans le premier budget, mais que l'étude du projet ne serait pas abandonnée. J'apprécierais énormément tout ce que vous pourriez faire pour me soutenir et m'aider à obtenir que cela figure dans des budgets futurs.

Mrs. Bertrand: Mr. Minister, we know that the week of May 26 is Participation week. How are you going to participate yourself, here on the Hill? What are you expecting from us, members? What do you want us to do next week?

M. Jelinek: Effectivement, nous voulons que tous les Canadiens participent. Personnellement, je participerai également. M. Marchi dit qu'il se lèvera et qu'il se rassiéra et qu'il se relèvera pour essayer d'avoir la parole pendant la période des questions.

M. Marchi: Non, j'ai dit que vous alliez courir après le ministre des Finances.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Vous allez le dépasser, j'espère.

M. Jelinek: Je vais prendre part à un grand nombre d'activités, ici même et dans ma circonscription, bien sûr, nous devons tous le faire. M. Michel Bédard, notre directeur des programmes de santé, va vous donner quelques précisions sur les programmes prévus pour la semaine nationale sur l'activité physique et Participation.

Mme Bertrand: J'aimerais savoir ce qui est prévu pour la Colline, ici même à Ottawa; y a-t-il une activité particulière à laquelle tous les députés peuvent participer?

M. Jelinek: Pour le troisième âge, les citoyens âgés, mardi prochain, il y aura une marche autour de la Colline. Nous attendons beaucoup de monde. Nous avons demandé au premier ministre d'y participer. Nous ne sommes pas certains que son calendrier chargé le lui permettra. Le ministre ne se considère pas encore comme étant entré dans le troisième âge. D'ailleurs, moi non plus, mais j'y serai tout de même. Effecti-

[Texte]

invited to participate in that. I do not think we have any other specific programs planned on the Hill for Members of Parliament.

Your point is very well taken. Perhaps in future years . . . it is a little too late to organize it now, but I will certainly consider your recommendation of doing something specifically with Members of Parliament for this week.

An hon. member: Just make sure they are not red. Make sure they are blue.

Mr. Jelinek: We take all colours.

Mr. Epp (Thunder Bay—Nipigon): If I could actually pick up the pages on which we are ostensibly voting at some point, I notice there are increases, more or less small, I guess is the appropriate word, from last year to the current fiscal year, except in the area of regional, national, and international multi-sport games, where there is a quite significant decline. I did not strike off the percentage there. I know there will be good reasons for the decline in expenditure this year. On behalf of Thunder Bay people, who are promoting the Nordic Games for the city about 1989—and I know there have been discussions with you, Mr. Minister—could I ask what the prospects are for my people, as well as invite your explanation for the decline in expenditure?

• 1750

Mr. Jelinek: On the decline in the expenditure, as you pointed out, there is a good reason, because over the past 10 or 13 years the federal government has spent nearly \$1 billion in direct contribution to international multi-sport events. In fact, as a nation we have hosted all the events possible since 1976, going back to the Pan-Am Games and the summer Olympics and the Commonwealth Games, university games, culminating, of course, with the Calgary Olympics in 1988. There is no question, again—in the spirit of fiscal restraint that there has been—that we have made our contribution to international multi-sports events.

As a result of that, I have before Cabinet at the present time a document. Obviously I cannot reveal the nature of that document, but it deals with developing a future multi-sports international hosting policy. We will have an answer on that question within the next week or so. So we can in all honesty come to your people in Thunder Bay—with whom we have been having good discussions, as you pointed out—and tell them where the federal government stands on the matter of hosting these sorts of games. We will be getting to them before they go to Vancouver, where they have to officially present the bid to be able to host these games.

So it is not only under review. There is a Cabinet document in place, and the decision is going to be made in the next week.

[Traduction]

vement, tous les députés sont invités à y participer. Je ne crois pas que nous ayons d'autres activités de prévues pour les députés sur la Colline.

Vous avez parfaitement raison, et peut-être que les prochaines années . . . C'est un peu tard pour organiser cela maintenant, mais vous avez raison, on pourrait envisager de faire quelque chose de particulier avec les membres du Parlement pendant cette semaine-là.

Une voix: À condition qu'ils ne soient pas rouges; assurez-vous qu'ils sont bien bleus.

M. Jelinek: Nous acceptons toutes les couleurs.

M. Epp (Thunder Bay—Nipigon): Je reviens aux pages sur lesquelles nous sommes appelés à voter à un moment donné, et je vois des augmentations, plus ou moins minimes, je crois que c'est le terme approprié, par rapport à l'année financière passée. Des augmentations donc, sauf dans les secteurs des jeux multisports, régionaux, nationaux et internationaux: là, il y a une baisse assez significative. Je n'ai pas calculé le pourcentage, je sais qu'on justifiera la diminution des dépenses pour cette année. Au nom des gens de Thunder Bay qui préparent la candidature de cette ville aux jeux du Nord pour les environs de 1989—je sais qu'ils en ont discuté avec vous, monsieur le ministre—quelles sont les perspectives pour ces jeux-là, et pouvez-vous nous expliquer la raison de cette réduction des crédits?

M. Jelinek: Comme vous l'avez dit, de bonnes raisons justifient cette baisse de dépenses car depuis 10 ou 13 ans le gouvernement fédéral a versé près de un milliard de dollars sous forme de contributions directes aux manifestations internationales multisports. En fait, notre pays a accueilli toutes les manifestations qu'il était possible d'accueillir depuis 1976, en commençant par les Jeux panaméricains, les Jeux olympiques d'été et les Jeux du Commonwealth, les Jeux universitaires, et en aboutissant, bien sûr, aux Jeux olympiques de Calgary de 1988. Il ne fait pas de doute, je le répète, nous avons fait notre contribution aux manifestations internationales multisports, et nous pouvons envisager certaines restrictions.

Dans cet optique, j'ai soumis un document au Cabinet, dont, évidemment, je ne peux pas vous révéler le contenu. Qu'il vous suffise de savoir qu'on y parle de la politique future pour les manifestations multisports qui pourraient avoir lieu ici. Nous aurons une réponse d'ici une semaine environ. À ce moment-là, nous pourrions aller voir vos gens de Thunder Bay en toute honnêteté - comme vous l'avez dit, nous avons d'ailleurs déjà eu d'excellentes discussions avec eux - et nous pourrions leur dire quelle est la position du gouvernement fédéral pour ces jeux que nous pourrions recevoir. Ils seront avertis avant d'aller à Vancouver, c'est là qu'ils doivent présenter officiellement leur demande.

Bref, ce n'est pas seulement à l'étude, le Cabinet étudie actuellement un document et la décision doit être prise dans le courant de la semaine prochaine.

[Text]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. On behalf of the committee, I thank you and your officials for being here today. We shall, I am sure, look forward to seeing your return before too long.

Mr. Jelinek: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: The next planned meeting, ladies and gentlemen, will be Tuesday, May 28, at 8 p.m. in this same room. Appearing at that time will be the Hon. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, dealing with the remaining votes under National Health and Welfare relating to social programs of his department.

I now declare this meeting adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Au nom du Comité, je vous remercie ainsi que vos collaborateurs d'être venus aujourd'hui. Je suis certain que nous aurons l'occasion de vous revoir d'ici peu.

M. Jelinek: Merci, monsieur le président.

Le président: Mesdames et messieurs, la prochaine séance est prévue pour le mardi 28 mai à 20 heures, dans cette même pièce. L'Honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social comparaitra alors. Nous étudierons les crédits de la Santé nationale et du bien-être social relatifs aux programmes sociaux de son ministère qui n'ont pas encore été étudiés.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

Mr. Peter B. Lesaux, Assistant Deputy Minister, Fitness
and Amateur Sport;
Mr. Michel Bédard, Director, Fitness Canada.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

M. Peter B. Lesaux, Sous-ministre adjoint, Condition
physique et Sport amateur;
M. Michel Bédard, Directeur, Condition physique Canada.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Tuesday, May 28, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le mardi 28 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Main Estimates 1985-86: Votes 1, 15, 20 and 45 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1985-1986: Crédits 1, 15,
20 et 45 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Hon. Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'hon. Jake Epp,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Moe Mantha
Sergio Marchi
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 28, 1985

(23)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 8:09 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Leo Duguay, Douglas Frith, Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin, Margaret Anne Mitchell, Joe Reid.

Other Member present: Jean-Claude Malépart.

Appearing: The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: D.M. Lyngseth, Assistant Deputy Minister, Corporate Management.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, February 26, 1985, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1986. (See *Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, May 14, 1985, Issue No. 16.*)

By unanimous consent, the Chairman called Votes 1, 15, 20 and 45 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

The Minister and D.M. Lyngseth answered questions.

At 9:38 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 28 MAI 1985

(23)

[Texte]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit aujourd'hui à 20 h 09, sous la présidence de Bruce Halliday.

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Leo Duguay, Douglas Frith, Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin, Margaret Anne Mitchell, Joe Reid.

Autre député présent: Jean-Claude Malépart.

Comparaît: L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: D.M. Lyngseth, sous-ministre adjoint, Gestion ministérielle.

Le Comité reprend l'étude de son Ordre de renvoi du 26 février 1985 relatif au Budget des dépenses principal pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986. (*Voir procès-verbal et témoignages du mardi 14 mai 1985, fascicule n° 16.*)

Du consentement unanime, le président met en délibération les crédits 1, 15, 20 et 45 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

Le ministre et D.M. Lyngseth répondent aux questions.

A 21 h 38, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Micheline Rondeau-Parent

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, May 28, 1985

• 2009

The Chairman: Order, please. The Chair sees a quorum for the hearing of evidence and questions.

• 2010

We are resuming consideration of main estimates 1985-86 votes under National Health and Welfare relating to social programs of the Department of National Health and Welfare. We shall call vote 1 and resume consideration of votes 15, 20 and 45 on the welfare side of the estimates.

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Departmental Administration Program

Vote 1—Program expenditures.....\$39,979,000

Social Services Program

Vote 15—Operating expenditures.....\$13,548,000

Vote 20—Grants and contributions.....\$100,319,000

Income Security Program

Vote 45—Program expenditures.....\$65,234,000

The Chairman: Once again we have appearing with us the Hon. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare. We again welcome you, Mr. Minister, you and your officials. Perhaps you would be kind enough to again introduce your officials to us, and if you have an opening statement we would be pleased to hear it. Mr. Minister.

Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. I gave an introductory statement on the main estimates of the department on May 14. That statement covered the estimates, though only specific votes were called. Mr. Chairman, I do not think I will take the time of the committee to repeat those words. I have officials with me; I will introduce some of them and others as necessary, Mr. Chairman.

First of all is Dr. Maureen Law, the Associate Deputy Minister; then Mr. Del Lyngseth, who is the Assistant Deputy Minister, Corporate Management; Dr. Monique Jérôme-Forget, who is the Assistant Deputy Minister, Policy Planning and Information; Dr. Dirk Maasland, who is the Assistant Deputy Minister, Income Security Program, and one who is most directly associated with most of the programs that will be in the votes today; Dr. Mike Murphy, Assistant Deputy Minister, Social Services Program; John Soar, Director General, Canada Assistance Plan; and Mr. Holtz, who is the Chief Financial Planning Officer. Mr. Chairman, if any of the officials are needed they are here to answer questions as well. Thank you.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 28 mai 1985

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous avons atteint le quorum nécessaire pour entendre les témoins et leur poser des questions.

Nous reprenons l'étude du budget des dépenses principales 1985-1986 portant sur les programmes sociaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Nous allons voter sur le crédit 1 et reprendre l'étude des crédits 15, 20 et 45 les programmes sociaux du budget.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

Programme de l'administration centrale

Crédit 1—Dépenses du programme.....\$39,979,000

Programme des services sociaux

Crédit 15—Dépenses d'exploitations.....\$13,548,000

Crédit 20—Subventions et contributions.....\$100,319,000

Programme de la sécurité du revenu

Crédit 45—Dépenses du programme.....\$65,234,000

Le président: Devant nous comparaît de nouveau M. Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et nous lui souhaitons la bienvenue ainsi qu'à ses collaborateurs. Vous aurez peut-être l'obligeance, monsieur le ministre, de nous présenter de nouveau vous collaborateurs et nous serons heureux d'entendre votre déclaration, si vous en avez une. Vous avez la parole, monsieur le ministre.

L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Je vous remercie, monsieur le président. Le 14 mai j'ai fait une déclaration pour présenter le budget principal du ministère, déclaration qui portait sur tout le budget, bien que seuls certains crédits fassent l'objet d'un vote, que je ne crois pas nécessaire de prendre le temps du Comité pour répéter ce que j'ai dit. J'ai amené mes collaborateurs, et veux vous en présenter certains, et les autres par la suite, le cas échéant.

Je vous présente donc en premier lieu madame Maureen Law, sous-ministre associé et M. Del Lyngseth, sous-ministre adjoint, gestion ministérielle; madame Monique Jérôme-Forget, sous-ministre adjoint, Politique, planification et information; M. Dirk Maasland, sous-ministre adjoint, Programme de la sécurité du revenu, qui s'occupe plus particulièrement d'un grand nombre de programmes qui font l'objet des crédits étudiés aujourd'hui; M. Mike Murphy, sous-ministre adjoint, Programme des services sociaux; M. John Soar, directeur général du Régime d'assistance publique du Canada et M. Holtz, chef de la Planification financière ministérielle. Monsieur le président, mes collaborateurs se tiennent à votre disposition pour répondre à vos questions. Je vous remercie.

[Texte]

The Chairman: Do you wish to make any opening comments?

Mr. Epp (Provencher): No.

The Chairman: I will move first of all to Mr. Frith.

Mr. Frith: What an absolute pleasure.

The Chairman: Ten minutes, Mr. Frith, and then to Mr. Duguay and then to Mrs. Mitchell.

Mr. Frith: Mr. Chairman, I just want to have some clarification. I would assume . . . I do not want to presuppose what your decision is going to be on this, but the votes that are before us are votes 1, 15, 20 and 45. I would like your direction. Does this mean it forecloses questions that have been raised since the budget was released a week ago? In other words, could we open up for a line of questioning as a result of the budget being released a week ago?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, if I can help the committee at all, if the members are asking if I will answer questions relating to the budget as they affect the department, the answer is yes, of course.

Mr. Frith: Good. Let me begin then, Mr. Chairman, by asking a question with respect to the benefits to our elderly. In a nutshell, I guess the major question I would like to ask the Minister is this: Do you really believe, Mr. Minister, that people on the guaranteed income supplement, who as a result are going to be below the poverty line, should share part of the burden of deficit reduction by your government?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Frith, I think when one looks at the question and you put it in the manner in which you do, one could elicit two answers. Let me give you what I believe is realistic.

I do not think this Minister or any member of the House takes any pleasure in reducing the increase that was projected under the present legislation, namely full indexing of OAS and GIS. I make that statement quite boldly; I think others have made it as well. But I think one has to look at economic reality. The economic reality is that if you look at indexing both on the revenue side—which you are familiar with—and indexing on the expenditure side, indexing to a great extent was driving the gap, which is the deficit between revenues and expenditures, to a point where it was unsustainable. In fact that gap was becoming so large that the very programs we are maintaining, and that Canadians want us to maintain . . . if action had not been taken right now I think Draconian action would have had to be taken down the road.

I will not take too much of your time with this answer, but if you ask me further I can give you some evidence of that. Suffice it to say that it is my view that Canadians, though they would like to see the economy restored where full inflation protection is there for both the GIS and OAS . . . I think Canadians, by a large, accept that all of us have to contribute something to putting our financial house in order.

[Traduction]

Le président: Est-ce que vous avez des observations à faire en préambule à la séance?

M. Epp (Provencher): Non, je n'en ai pas.

Le président: Je vais donc d'abord donner la parole à M. Frith.

M. Frith: Quel bonheur, quelle chance!

Le président: Vous avez dix minutes, M. Frith, et se sera ensuite le tour de M. Duguay, puis de madame Mitchell.

M. Frith: Monsieur le président, je voudrais un simple éclaircissement. J'imagine . . . Je ne veux pas préjuger de votre décision, mais nous avons devant nous les crédits 1, 15, 20 et 45. J'aimerais savoir comment vous pensez mener le débat: cela signifie-t-il que les questions qui ont été soulevées depuis la déposition du budget, voici huit jours, sont écartées? Autrement dit, pouvons-nous nous mettre sur les rangs pour poser des questions découlant de la publication du budget?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, permettez-moi d'intervenir ici: si les députés veulent savoir si je répondrais à des questions portant sur le budget dans la mesure où celui-ci concerne le ministère, ma réponse est naturellement affirmative.

M. Frith: Très bien. Je voudrais donc commencer, monsieur le président, en posant une question relative aux prestations de vieillesse. La principale question que je voudrais poser, en résumé, au ministre est la suivante: croyez-vous vraiment, monsieur le ministre, que ceux qui touchent le supplément de revenu garanti et qui vont se trouver en-dessous du seuil de la pauvreté devraient contribuer à assumer la réduction du déficit décidée par votre gouvernement?

M. Epp (Provencher): Monsieur Frith, de la façon dont vous présenter les choses, et d'après votre question, deux réponses sont possibles. Permettez-moi de vous donner celles que je considère réalistes.

Ce n'est un plaisir pour personne, à mon avis—ni pour le ministre ni pour les membres de la Chambre—de réduire l'augmentation prévue dans le cadre de la loi actuelle, à savoir l'indexation intégrale de la sécurité de la vieillesse et du SRG. C'est sans hésitation que j'affirme cela, et d'autres l'ont également fait, mais il faut tenir compte des dures réalités économiques. Or la réalité, c'est que si vous envisagez à la fois le revenu et les dépenses—vous connaissez la question—l'indexation avait, dans une grande mesure, creusé le fossé entre les deux au point où la situation était devenue insupportable. Cet écart s'était tellement creusé, en fait, que l'existence même des programmes que nous avons mis en place, et auxquels tiennent les Canadiens . . . Si nous n'étions pas intervenus immédiatement, des mesures bien plus draconiennes auraient finalement dû être prises.

Je ne veux pas répondre trop longuement à cette question, mais si vous le voulez, je peux vous donner des preuves à l'appui de ce que j'avance. Qu'il me suffise de dire qu'à mon avis les Canadiens, tout en espérant que l'économie puisse revenir au stade où la Sécurité de la vieillesse et le Supplément du revenu garanti sont intégralement indexés . . . Je crois que les Canadiens, dans leur ensemble, s'inclinent devant la

[Text]

[Translation]

nécessité pour nous tous de contribuer à remettre de l'ordre dans nos affaires.

• 2015

The Chairman: Mr. Frith.

Mr. Frith: Mr. Minister, I find it very difficult to believe any government would expect people, who we all know live below the poverty line, to share part of that burden of the deficit reduction. I think the Minister would agree with me, from the testimony he gave at the time when we had the 6 and 5 introduced by our government, that he took a completely different tack. I would like to . . .

Mr. Epp (Provencher): Excuse me. If I could . . .

Mr. Frith: Go ahead.

Mr. Epp (Provencher): —just remind the member. Let me just put one matter on the record about the 6 and 5.

We have heard wild cries of condemnation from members on the other side. They say we are changing the tax system, that we are deindexing down to 5 per cent or 6 per cent for certain tax brackets and changing the pensions and some of the allowances. Yes, we are doing that. We are doing it because we believe there are enough Canadians feel compassion and concern for their fellow Canadians who are out of work. They are prepared to give up a small portion of their benefits and advantages to help 200,000 Canadians return to work.

That was said by a former Minister, the present member for Winnipeg—Fort Gary.

Mr. Frith: If we are going to be into a bit of sparring, I suppose we might as well have this wide open. It seems to me that at least the Liberal government in the previous administration, when we did introduce a measure of de-indexation, namely, the 6 and 5 program, made sure that it double indexed those people on the Guaranteed Income Supplement. Frankly, I find it quite astounding, that you, who are the Minister responsible for defending the poor in this country, could not have convinced your Cabinet colleagues to at least have double indexed those people who live below the poverty line . . . But I will leave that to the side.

I want to focus on a line of questioning on your other tax measures on the evening of the tax budget; that is, the child tax credit and the child exemption. You indicated that you were going to have more . . . I think this committee sat for long hours, discussing getting more money into the hands of those people who need it the most. Yet by our own numbers and the numbers released in a secret document by your own—this was the same document, by the way, Mr. Minister, that was released yesterday by the member for Laval-des-Rapides. It indicates that, in terms of 1985 dollars, despite all of the rhetoric—if you take a look at the long-term implications, by the year 1990, every Canadian family, in today's dollars, 1985, earning \$12,000 a year or more, is going to experience a reduction in its child benefit package.

Le président: Monsieur Frith.

M. Frith: Monsieur le ministre, j'ai beaucoup de mal à croire qu'un gouvernement quel qu'il soit attende de gens qui, nous le savons tous, vivent en dessous du seuil de la pauvreté, qu'ils assument une part du fardeau qu'impose la réduction du déficit. Si j'en crois le témoignage que le ministre a donné à l'époque où notre gouvernement a introduit le programme de 6 et 5, il reconnaîtra qu'il nous donne là un tout autre son de cloche. J'aimerais . . .

M. Epp (Provencher): Excusez-moi, si vous me permettez . . .

M. Frith: Allez-y.

M. Epp (Provencher): . . . je voudrais, . propos du programme des 6 et 5, évoquer certaines paroles pour le député.

C'est un tollé général que nous avons entendu en provenance du camp adverse. On nous accuse de changer le régime fiscal, de désindexer jusqu'à 5 ou 6 p. 100 pour certaines catégories de revenu, de modifier les pensions et certaines des prestations. Oui, c'est bien ce que nous faisons, mais nous le faisons parce que nous croyons qu'il y a suffisamment de Canadiens dont le coeur saigne pour leurs compatriotes en chômage. Ils sont disposés à renoncer à une petite partie de leurs prestations pour aider 200,000 Canadiens à retrouver du travail.

Ce sont les paroles d'un ancien ministre, le député actuel de Winnipeg-Fort Gary.

M. Frith: Si nous nous mettons à croiser le fer, allons-y carrément! Lorsque le gouvernement libéral a introduit une mesure de désindexation, à savoir le programme de 6 et 5, il s'était tout au moins assuré que les bénéficiaires du Supplément de revenu garanti étaient doublement indexés. Il me paraît surprenant, que vous, le ministre qui doit se faire le porte-parole des pauvres de ce pays, ne soyez parvenu à convaincre vos collègues du Cabinet de garantir tout au moins la double indexation à ceux qui vivent en dessous au seuil de pauvreté . . . Mais je n'insisterais pas là-dessus.

Je voudrais poser certaines questions sur les autres mesures fiscales du budget, à savoir le crédit fiscal et le dégrèvement pour enfant. Vous avez dit que vous alliez avoir davantage . . . Ce Comité a siégé pendant de longues heures en discutant des moyens d'augmenter les prestations des plus nécessiteux, mais d'après nos propres chiffres et par ceux qui ont été publiés dans un document secret par votre propre—à propos, monsieur le ministre, le document même qui a été publié hier par le député de Laval-des-Rapides et qui montre qu'en dollars de 1985, et malgré les belles théories—si vous examinez les incidences à long terme, en 1990, chaque famille canadienne qui gagne 12,000\$ par an ou plus en dollars de 1945 va subir une réduction de ses prestations familiales.

[Texte]

The question I would like to ask you is, how can you equate that with fairness, which is one of the major planks in your budget platform?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Firth, you know there has been some debate on whether or not it was valid to look at the package at all. We argued that it was. People have to sacrifice. This budget asks them to do that, to restore fiscal sanity to the accounts of Canada.

You asked me about the question of fairness. I do not think there can be anything more fair than for us to bring back financial responsibility to the accounts of Canada. You asked me: Will people at all levels have less than what was projected they would have if the past program would have been in place? The answer to that—quite openly—is yes. There will be a reduction. But I do think we have to do it in order to reduce the spiralling deficit.

I will give you an example. If the deficits were to continue, we would be facing a budget deficit by 1990—the same period of time that you used as your base, and that is fair—of about \$30.3 billion. That is still a very hefty deficit. However, if we had not taken those measures, the projected deficit for that year would have been \$50.4 billion.

The cost of sustaining both the accumulated deficit and the deficit of each year was becoming so staggering that the very programs that we were trying to maintain could not be maintained. That is what I said in the House yesterday and again, today, I will say to you quite openly: I would like to be in a different circumstance, but it would be less than responsible, on my part, if we did not take action today to protect the programs that we have to protect.

• 2020

Mr. Frith: The only comment back would be to the Minister, that you have to take some responsibility for the situation you yourselves, as a government, have created. We did hand you a budget that was, at the time, \$30.3 billion in deficit. That was run up to the total of \$38 billion by some of the things you have done for the multinationals, the transfer payments to the provinces.

Those same documents that were released yesterday show that the federal-provincial transfers indicate a total savings of some \$2 billion over the course of the next four to five years. I would like to know from the Minister where these cuts are going to occur. Are they going to mean a reduction in the amount of dollars transferred under Medicare? Is it strictly on the EPF side, or does it also include calculations under the Canada Assistance Plan?

Mr. Epp (Provencher): We can quibble about the word "cuts" and how it is used. Let me just put my words into it and we can leave both of ours on the record.

[Traduction]

Je voulais vous demander comment vous pouvez parler de justice, mot qui revient constamment dans les discours sur le budget?

M. Epp (Provencher): Monsieur Firth, vous savez que l'on a longuement délibéré pour savoir s'il fallait ou non examiner cet ensemble de prestations, et nous avons décidé qu'il le fallait, qu'il fallait consentir des sacrifices. C'est ce que le budget demande aux gens de faire, afin de remettre de l'ordre dans les comptes du pays.

Vous soulevez la question de justice, mais rien ne me paraît plus juste que cette remise en ordre des comptes du Canada. Vous me demandez si les gens, à tous les niveaux, recevront moins que ce qui était prévu si l'ancien programme était resté en place? Je vous répondrais franchement et sans détour par l'affirmative: il y aura réduction, mais cette réduction s'impose pour juguler la hausse du déficit.

Je vais vous donner un exemple, si la tendance à la hausse du déficit s'était maintenue, nous nous trouverions en 1990—date que vous avez choisie comme base de comparaison, ce qui est juste—devant un déficit d'environ 30,3 milliards de dollars, ce qui représente encore une somme astronomique. Mais si nous n'avions pas pris ces mesures, le déficit prévu pour cette année-là aurait été de 50,4 milliards de dollars.

Les paiements à faire pour le déficit accumulé et son augmentation annuelle étaient devenus si exorbitants que c'est l'existence même des programmes que nous essayons de garder qui aurait été mis en question. C'est ce que j'ai dit à la Chambre hier et aujourd'hui, et que je vous répète sans détour: Je préférerais me trouver dans une autre circonstance, mais ce serait gravement manquer à mes responsabilités que de ne pas prendre les mesures nécessaires pour protéger les programmes auxquels nous tenons.

M. Frith: La seule réponse que je puisse faire au Ministre, c'est que vous devez assumer votre responsabilité pour la situation que vous avez vous-même créée, en tant que gouvernement. Le budget dont vous avez hérité de nous présentait, à l'époque, un déficit de 30,3 milliards de dollars, déficit que certaines des mesures que vous avez prises en faveur des multinationales, ainsi que des paiements de transfert aux provinces ont fait grimper jusqu'à 38 milliards de dollars.

Les documents publiés hier montrent que les transferts fédéral-provinciaux indiquent une économie globale d'environ deux milliards au cours des prochaines quatre à cinq années. J'aimerais que le Ministre nous dise où ces compressions de dépenses interviendront. Allons-nous voir une réduction des sommes transférées dans le cadre de l'assurance-maladie? Est-ce uniquement du côté du financement des programmes établis, ou est-ce que cela comprend également des réductions du Régime d'assistance publique du Canada?

M. Epp (Provencher): Nous pouvons ergoter sur le sens du mot 'réductions' et sur son utilisation, mais je voudrais vous donner mon interprétation, de sorte que nos deux interprétations seront versées au compte-rendu.

[Text]

If you take a look at the present five-year EPF agreement we are in, if the projections of the present five-year EPF agreement were projected to 1990, then those projections as against the budget projections of the increase... there is a difference of approximately \$2.2 billion. So there will be an increase in the EPF even under this present budget.

In fact, if you take a look and you go back to the Breau committee and the Al Johnson committee, both those committees the former government instituted to try to take a look at whether the provinces were in fact using the block funding and the money going for EPF for the purposes Parliament had voted. So what is going to happen through the negotiations... at least that is the fiscal plan: we will have an increase in EPF over present levels; the percentage of the federal government support for health and post-secondary education will be the same as it is now, but it is projected to be \$2 billion less than if the projections on the five-year plan of today were projected to 1991.

Mr. Duguay: Mr. Chairman, I want to get back to some of the things Mr. Frith has been raising. First of all, by way of a preface, let me make a couple of comments.

The first one deals with the whole concept of indexing. I want to state pretty categorically that indexing is really an artificial, mechanical device for measuring some things.

Second, I am not sure most Canadians paid much attention to it, but some five years ago Statistics Canada decided to change the items that went into the basket they used to calculate indexing. I raise that because we have tended at times... and I think if we go back we will understand that this is what happened. With high inflation we went to indexing. Perhaps I am commenting that indexing is itself an artificial and inflationary concept which we raised some time ago and invented for our purposes, to solve some problems which existed.

The other thing I wanted to say is that the changes in the budget in this area have not been things which will have a life span of one year; they have a much longer time. When we talk about fairness, fairness is not a concept we should measure over the next three months. We might want to take a little longer a view than the next three months.

Getting to my question on the various pension changes that have been made, we all know one of the problems this country currently has is that a lot of people are aged and have no pension plan. The Minister has brought in a number of changes designed to improve that situation. Does the Minister have any idea, prognosis, forecast about what effect in the long run the changes that have been brought in will have on old age security?

Mr. Epp (Provencher): I do not have those figures or projections at hand, Mr. Duguay. If we have some I would be willing to give them to you. Let me give it to you anecdotally first and maybe then we do have some figures.

[Translation]

Si vous examinez l'accord actuel du financement des programmes établis, conclu pour une période de cinq ans, les prévisions de cet accord ont été faites jusqu'à 1990, et si vous comparez ces prévisions avec les prévisions du budget sur l'augmentation... Vous constatez une différence d'environ 2,2 milliards. Même dans le cadre du budget actuel, il y aura donc une augmentation du FPE.

Si donc vous examinez les travaux du comité Breau et du comité Al Johnson, comités mis sur pied par le gouvernement précédent pour examiner si les provinces utilisaient en fait le financement global et si les fonds alloués au FPE étaient effectivement utilisés conformément aux décisions du Parlement... Voici donc ce qui va arriver à la suite des négociations, tout au moins au plan financier: nous augmenterons le FPE par rapport à son niveau actuel, et le gouvernement fédéral assumera le même pourcentage des dépenses pour la santé et l'enseignement post-secondaire, mais la somme globale sera réduite de 2 milliards par rapport aux projections du plan quinquennal actuel pour 1991.

M. Duguay: Monsieur le président, je voudrais revenir sur certaines des questions soulevées par M. Frith, mais je voudrais d'abord faire quelques remarques préalables.

La première porte sur toute la notion d'indexation. A mes yeux l'indexation—je le dis catégoriquement—est un dispositif artificiel et automatique pour mesurer certains éléments.

En second lieu, j'ignore si beaucoup de Canadiens y ont prêté attention, mais il y a cinq ans environ, Statistique Canada a décidé de changer les articles qui constituaient le «panier de la ménagère» utilisé pour calculer l'indexation. Si je rappelle cela, c'est parce que nous avons tendance, à l'occasion... et nous allons comprendre, en y réfléchissant, que c'est ce qui s'est produit. La montée de l'inflation a amené l'indexation, notion artificielle et inflationniste en elle-même, inventée pour résoudre certains problèmes qui se posaient.

Je voulais également dire que les changements survenus dans ce domaine à la suite du budget ne seront pas de nature éphémère, dont les effets se feront sentir un an ou deux, mais qui iront beaucoup plus loin. Quand on parle de justice, ce n'est pas une notion que l'on peut mesurer au bout de trois mois seulement; il faut attendre plus longtemps pour pouvoir le faire.

Pour en revenir aux changements intervenus en matière de pensions, nous savons tous que l'un des problèmes que connaît ce pays, c'est qu'il compte un grand nombre de personnes âgées qui n'ont pas de régime de pension. Le Ministre a apporté certains changements pour remédier à cette situation. Le Ministre a-t-il des prévisions, ou des pronostics sur les effets qu'auront à la longue les changements ainsi apportés sur la sécurité de la vieillesse?

M. Epp (Provencher): Je n'ai pas ces prévisions sous la main, monsieur Duguay, mais si nous en avons, je suis disposé à vous les faire parvenir. Je peux vous en dire quelques mots, et les chiffres suivront sans doute.

[Texte]

• 2025

There was an argument, for instance, with regard to pension reform, and for this I am indebted to Mr. Frith as well as other members of the task force who came, because much of what is in the budget on pension reform is quite fairly the work of Mr. Frith and others on the committee, and I do not say that in any co-opting manner. I have said that in other locales and I mean that. But one of the criticisms that is coming forward is that there are people, especially women, who do not have access to private pensions and that these provisions will not benefit them. That is one argument that was put forward, if I read the testimony of the task force, as well as the criticism we are receiving now. But I think one has to look a little bit into the future on that.

As more and more women are joining the paid labour force and as those changes take place, I believe they will have access to those pension opportunities in greater numbers. For instance, you and I know that in our former professions there was no difference in terms of the sexes as to accessibility to those pensions. And I think that is happening in other parts of the economy too.

So I think there are those benefits, whether for women or for men. But if you are asking me what specific effect it is going to have, for instance, on the GIS projections—because I think that is really your question—I do not have those figures and I do not think we have them. It would be a little hard for us, frankly, to get them because of the participation rate as these pension proposals come on stream. And I apologize that I cannot quantify it in any more specific terms.

Mr. Duguay: Would you offer an opinion about what is likely to happen?

Mr. Epp (Provencher): I cannot offer you an opinion as to what is likely to happen. I can give you a position that the government hopes will happen. And that is that more and more Canadians will be able to contribute to their own pension plans, of both, obviously, CPP, which is compulsory if they are earning a salary, or through private pension plans, that there be greater accessibility to it and that, in fact, there will be less reliance on the GIS. Let us keep this in mind: no matter what the poverty line is and whether we want to take Statistics Canada or we take social agencies' poverty line figures, there is no question in my mind that as long as Canadians rely on public pensions only, that is basically GIS and OAS, they by definition will be below the poverty line. And the only way we are going to get people who are in retirement to that line, and hopefully above that line, is by the enrichment of their own planning and their own pension retirement programs. And that is why those pension reforms were brought into the budget.

I cannot give you a projection, but I can give you what I believe Canadians will do. I think that more and more will participate, given the chance.

[Traduction]

Il y a une discussion, par exemple, sur la réforme des pensions et sur cette question nous sommes redevable à M. Frith ainsi qu'à d'autres membres du groupe d'étude, car une bonne partie de ce que contient le budget sur la réforme des pensions est issue des travaux de M. Frith et de ses collaborateurs de ce Comité, et si je dis cela, et je ne dis pas cela pour me dérober: je l'ai dit ailleurs, et je suis sincère. Mais l'une des critiques que nous entendons, c'est qu'il y a des gens, en particulier des femmes, qui n'ont pas droit à un régime privé et que ces dispositions ne toucheront donc pas. C'est l'un des arguments qui a été avancé, d'après les témoignages du groupe d'étude, ainsi que les critiques que nous entendons à présent. Mais je crois qu'il convient d'examiner l'évolution de la situation.

Les femmes, en nombre de plus en plus grand, entrent sur le marché du travail et un plus grand nombre d'entre elles pourra donc bénéficier des régimes de pensions existants. Vous et moi savons que dans notre ancienne profession, les femmes avaient droit aux pensions au même titre que les hommes. Et c'est également ce qui se produit dans d'autres secteurs de l'économie.

Ce genre de prestations existe donc tant pour les femmes que pour les hommes, mais si vous me demandez quels sont les effets précis que vont avoir ces changements, par exemple, sur les prévisions du SRG—car je crois que c'est là votre question—je n'ai pas ces chiffres sur moi, mais je ne crois pas non plus que nous les ayons. Il nous serait assez difficile de nous les procurer, à cause des changements, avec le temps, du taux de participation. Au fur et à mesure de la mise en oeuvre de ces propositions, et je m'excuse de ne pouvoir vous fournir de chiffre précis.

M. Duguay: Est-ce que vous avez alors une notion de ce qui est susceptible de se produire?

M. Epp (Provencher): Je ne puis vous dire quelle est l'évolution prévue, je puis simplement vous dire ce qu'espère le gouvernement, à savoir qu'un nombre de plus en plus grand de Canadiens sera en mesure d'assurer leurs propres régimes de pension, tout d'abord le Régime de pension du Canada, qui est obligatoire pour tous les salariés ou un régime de pension privé, qui seront, nous l'espérons, plus accessible de sorte que moins de personnes dépendront du SRG. Mais ne nous leurrions pas: où que se situe le seuil de pauvreté, et que nous acceptions les chiffres fournis par Statistique Canada ou les seuils de pauvreté des organismes d'aide sociale, je suis persuadé que tant que les Canadiens dépendront uniquement du régime public de pension, à savoir la SV et le SRG, leurs revenus seront par définition en-dessous du seuil de pauvreté. La seule façon pour nous de faire que les retraités atteignent ce seuil et peut-être même le dépasse, c'est s'ils préparent mieux leur retraite et augmentent leurs propres contributions à cet effet. C'est la raison pour laquelle cette réforme des pensions a été introduite dans le budget.

Je ne puis vous donner de projection, mais je puis faire une hypothèse sur ce que les Canadiens sont susceptibles de faire, à savoir d'augmenter leur participation, s'ils en ont la possibilité.

[Text]

Mr. Duguay: To pursue the same line of thinking, there is no doubt in my mind that if every Canadian had a private pension plan that was a good one we would not have any need for the government to be involved in that kind of thing . . .

Ms Mitchell: Give everybody a job so they can pay into one then.

Mr. Duguay: Well, I think maybe that is exactly what this budget is designed to try and do. But nonetheless, that is a matter which we might disagree with for a long time.

Ms Mitchell: We certainly do.

Mr. Duguay: I raise that as an objective, that what we want to do is have a private system that is so good that everybody has a pension, but in the meantime, Mr. Minister, we have heard over the last four or five years that the Canada Pension Plan is in absolutely disastrous condition. A number of Canadians are concerned about that. People say that the watershed is next year and that after that it is going bankrupt. Can you reassure Canadians that this is not true?

Mr. Epp (Provencher): Well, I can reassure Canadians that is not true. I think if you take a look at the . . . The fund is handled differently than other insurance funds, as all members of the committee know, but there are discussions between the Ministers of Finance to raise the premiums, not only to maintain present benefits but also other enrichments that a number of us want to see. But if you want the exact figures of the fund, possibly Dr. Maasland can give you them, or Del.

Mr. D.M. Lyngseth (Assistant Deputy Minister, Corporate Management, Department of National Health and Welfare): I am able to give a few of them.

Mr. Duguay: No, I do not need exact figures. I am really only saying that Canadians are concerned that the fund is going bankrupt and I believe that not to be true. Can we reassure them?

The Chairman: Mr. Lyngseth.

Mr. Lyngseth: Yes, well the actuarial figures that I last saw indicated that if there were no increase in the contribution rate to the Canada Pension Plan the fund would run out of money somewhat early in the next century, around 2003 or so. It is assumed, however, that there will be some adjustment to the contribution rate before then; in fact, it was discussed by the Ministers of Finance within the last year.

• 2030

Mr. Duguay: When the fund was put in place in, I think, 1966, a very large part of it allowed the provinces to get significant benefits from the fund at what many would consider to be the opposite of usurious rates. Are there any plans to look at that aspect of it as well as at increasing the contributions?

Mr. Lyngseth: Sorry; I think I missed the last part of your question.

Mr. Duguay: One part of it is to increase the contributions; the other part is that the provinces get some of that money at

[Translation]

M. Duguay: Dans le même ordre d'idée, je ne doute nullement que si chaque Canadien avait un régime de pension privé qui était valable, le gouvernement n'aurait pas besoin de s'occuper de ce genre de chose . . .

Mme Mitchell: En ce cas, faites que chaque Canadien soit employé, afin qu'il puisse verser sa contribution à un régime.

M. Duguay: C'est exactement ce que vise ce budget, mais néanmoins, c'est une question sur laquelle nous risquons d'être fort longtemps en désaccord.

Mme Mitchell: Assurément.

M. Duguay: C'est ce que je propose comme objectif, à savoir un régime privé qui soit si satisfaisant que chacun aura droit à une pension, mais entre-temps, monsieur le ministre, voilà quatre ou cinq ans que l'on nous assure que le Régime de pension du Canada est en déconfiture. C'est une question qui préoccupe un grand nombre de Canadiens, et l'on dit que l'an prochain sera la date fatidique, et qu'après cela ce sera la faillite. Pouvez-vous nous assurer qu'il n'en est rien?

M. Epp (Provencher): Je puis assurer les Canadiens que ce n'est pas vrai. Si vous examinez le . . . Ce fonds est administré différemment d'autres fonds d'assurance, comme le savent les membres du Comité, mais les ministres des Finances parlent d'en augmenter les primes, non seulement pour maintenir les prestations actuelles, mais également pour y apporter certaines améliorations nécessaires aux yeux de certains d'entre nous. Mais si vous voulez connaître les chiffres exacts, MM. Maasland ou Del peuvent peut-être vous les donner.

M. D.M. Lyngseth (sous-ministre adjoint, ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social): Je puis vous en donner quelques-uns.

M. Duguay: Non, je n'ai pas besoin de chiffres exacts. Je disais seulement que les Canadiens craignent la faillite du fonds et j'espère qu'il n'en est rien. Pouvons-nous les rassurer?

Le président: Monsieur Lyngseth.

M. Lyngseth: D'après les dernières données actuarielles que j'ai vues, s'il n'y a pas d'augmentation des cotisations au Régime de pensions du Canada, la caisse sera vide au début du prochain siècle, vers l'an 2,003 environ. On présume, cependant, que le taux de cotisation sera rajusté, et les ministres des Finances en ont d'ailleurs discuté l'an dernier.

M. Duguay: Lorsque le fonds a été adopté, en 1966 je crois, une partie très importante de ce fonds permettait aux provinces d'en retirer des avantages certains à des taux qui, selon certains, étaient le contraire de taux usuraires. Est-ce qu'on a l'intention d'étudier cet aspect de même qu'une augmentation des cotisations?

M. Lyngseth: Excusez-moi, je n'ai pas compris la dernière partie de votre question.

M. Duguay: Je parlais d'augmentation de cotisations, et aussi du fait que les provinces ont obtenu de l'argent à de très

[Texte]

very, very good rates. Is there any plan to tackle the other part of it which is not to give the money away at such low rates?

Mr. Lyngseth: I am afraid, Mr. Chairman, whether or not the Ministers of Finance have contemplated any change in the formula, I am not quite sure. The existing formula under the act—and it is a requirement right in the legislation—is that the interest paid is equivalent to that charged on long-term Government of Canada bonds.

Mr. Epp (Provencher): I possibly could say, Mr. Duguay, that the amount is now \$26.6 billion. But the argument has been that the money is in the hands of the provinces at a preferred rate and that the return on the account is not equal to that of other investments. While that is a valid observation, just keep one matter in mind which is that, in 1966 when the CPP came in, it was part of provincial jurisdiction... or exclusive provincial jurisdiction. The agreement under CPP was that they would agree to a Canada Pension Plan program with the exception of Quebec which then, of course, entered the QPP. And to change it, it needs agreement by two-thirds of the provinces, having at least 50% of the population. So any change, even to that system, would have to have that kind of agreement with the provinces as well.

The Chairman: One short question, Mr. Duguay.

Mr. Duguay: Perhaps I may trade it for a short observation. I think the other changes made to pension plans and, particularly, those which will allow pension funds to invest in small businesses, are in the long term, in my view, incredible for the development of jobs. And this maybe gets to Mrs. Mitchell's point that, if we had jobs, we would have pension plans, and if we had both of those, we would not have a dependent old age population.

The Chairman: Thank you, Mr. Duguay.

Mrs. Mitchell, 10 minutes, and then Mr. Reid.

Ms Mitchell: Yes. I really wish to concentrate my questions mostly on the Canada Assistance Plan, but I would just quickly like to comment. The Minister, I was surprised to hear, had no projections on the impact, as I understood it, of some of the budget policies. We were told by some of the consultants in the social planning reform group that the actual loss to senior citizens in the reduced indexation of pensions would have a cumulative effect of something like \$1,577 by 1990. I would like to say that this is far from an example of how indexing is artificial. But the actual real loss to a pensioner in 1990 would be something slightly over \$500. And I would just like to challenge the Minister, also, that I have heard him repeatedly in the House say that this is not an erosion of universality. You cannot tell me that is not an erosion of the actual universal Old Age Pension. That is just one comment I would like to make.

[Traduction]

bons taux. A-t-on l'intention d'examiner cet aspect de la question et de ne pas accorder de l'argent à des taux si peu élevés?

M. Lyngseth: Je crains ne pas savoir, monsieur le président, si oui ou non les ministres des Finances ont prévu de modifier la formule. D'après la formule actuelle c'est une exigence inscrite dans la loi—l'intérêt versé est équivalent à l'intérêt imputé à des obligations à long terme du gouvernement du Canada.

M. Epp (Provencher): Je pourrais probablement vous répondre, monsieur Duguay, que les sommes s'établissent maintenant à 26,6 milliards de dollars. On a soulevé l'argument, toutefois, que les provinces disposent maintenant de cet argent à un taux préférentiel et que les recettes ne sont pas égales dans ce compte à celles d'autres investissements. Même si l'observation est valable, il faut se souvenir qu'en 1966 lors de l'instauration du RPC, les provinces étaient en partie responsables... ou du moins l'étaient exclusivement. L'accord conclu au chapitre du RPC prévoyait que les provinces accepteraient un programme de régime de pensions du Canada à l'exception du Québec qui a évidemment formé son propre régime de pensions du Québec. Pour apporter des changements, il faudrait l'accord des deux tiers des provinces, comprenant au moins 50 p. 100 de la population. Pour tout changement, même pour ce système, il faudrait également que les provinces soient d'accord.

Le président: Une courte question monsieur Duguay.

M. Duguay: Je pourrais peut-être faire une courte observation plutôt. À mon avis, les autres changements apportés au régime de pensions, et surtout à ceux qui permettent que les fonds de pension soient investis dans de petites entreprises, me semblent peu susceptibles à long terme de créer des emplois. Je rejoins peut-être l'observation de M^{me} Mitchell, si nous avions des emplois, nous aurions des fonds de pension, et si nous avions les deux, nous n'aurions pas à dépendre de la population âgée.

Le président: Merci monsieur Duguay.

Madame Mitchell, vous avez 10 minutes, ce sera ensuite au tour de M. Reid.

Mme Mitchell: Oui. Je veux vraiment regrouper mes questions pour parler surtout du régime d'assistance publique du Canada mais je veux d'abord faire un court commentaire. Si j'ai bien compris, et j'ai été surprise de l'entendre, le Ministre n'a aucune projection au sujet de répercussions que pourraient avoir certaines politiques budgétaires. Les experts-conseil du groupe de réforme de la planification sociale nous ont dit que les pertes réelles que pourraient subir les citoyens âgés à cause de l'indexation réduite des pensions auraient un effet cumulatif qui pourrait atteindre 1 577 dollars d'ici 1990. On est très loin de l'exemple montrant comment l'indexation est artificielle. Toutefois, la perte réelle pour un retraité en 1990 serait légèrement supérieure à 500 dollars. Je mets le Ministre au défi, que je l'ai entendu également répéter à la Chambre qu'il ne s'agit pas d'une érosion du principe de l'universalité. Ne venez pas me dire qu'il ne s'agit pas d'une

[Text]

The second comment is that I am extremely disappointed—and I hope the people who worked on this committee and put in so many many hours of work on the child benefits report will ask this same questions, which is why on earth did we spend all those hours on the report and had so many witnesses, when it is apparent in the recommendations in the budget that report was completely ignored? Most of the recommendations were not carried through from it. So it is almost as if the powers that be had not read the report, so that it was indeed a waste of effort. As you know, we did not feel it went far enough, but you did not go nearly as far as the report itself. Again, I do not want to take time particularly on that question, but I do want to register my concern.

• 2035

Moving along to the Canada Assistance Plan, I wanted to ask the Minister if he can explain to us just what is happening in the whole review of the Canada Assistance Plan. We hear there are discussions with provinces; we know there has been a Nielsen task force review, and yet there has not been any way that we, as supposedly people who are very concerned in this committee, can kind of get involved in the process. I would ask that he explain to us what is going on there. What is the Nielsen task force doing, first of all? What power will this have? Will his recommendations actually have power to cut funds from the provinces, for example? Are they considering changes to the legislation or the regulations governing the Canada Assistance Plan, the whole guidelines? Will there be reports to this committee? How can we get involved in the consultative process related to the Canada Assistance Plan?

I do have the press release, and I would like to come back to some of the specifics in it that came out, I guess, on April 26 following the federal-provincial ministers conference, but I will pause for a moment and let you react to that, please.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): Thank you.

Mrs. Mitchell, I think we can argue a long time about universality. My definition of universality, as I gave it to you on May 14, was that the programs on May 14 and the eligibility that people had to those programs satisfied my definition of universality, and today, on May 28, the same people are in the same program and have qualified in the same manner under the same terms.

Ms Mitchell: Having less money.

Mr. Epp (Provencher): You and I can argue about the definition, but I think that definition remains.

In terms of the amount of money that old age pensioners would receive less than if full indexing had been applied to the OAS, as it is to the GIS, the losses calculated on a yearly basis

[Translation]

érosion de la pension de vieillesse universelle qui existe actuellement. Voilà un commentaire que je voulais faire.

Mon deuxième commentaire c'est que je suis extrêmement déçue... j'espère que ceux qui ont travaillé au sein du Comité et qui ont consacré de nombreuses heures à rédiger le rapport sur les prestations aux enfants poseront la même question, pourquoi dans le monde avons-nous passé toutes ces heures à rédiger le rapport et entendu tant de témoins, alors qu'il est évident que les recommandations que contient le budget font fi du rapport? Il n'y a pas eu de suivi pour la plupart des recommandations du rapport. On a l'impression que les gens au pouvoir ne se sont pas donnés la peine de lire le rapport, par conséquent c'est une pure perte que nous avons fait ces efforts. Vous le savez, nous avons l'impression de n'être pas allés assez loin, mais vous n'êtes même pas allés aussi loin que le rapport. Je le répète, je ne veux pas consacrer tout mon temps à cette question, mais je voulais exprimer publiquement mes inquiétudes.

Au sujet du régime d'assistance publique du Canada, le ministre pourrait-il nous expliquer ce que donne l'examen de ce régime? Nous avons entendu dire qu'on discutait présentement avec les provinces, et que le groupe de travail Nielsen avait examiné le régime; pourtant nous qui sommes censés nous intéresser à la question, on ne nous a pas demandé notre apport. Le ministre peut-il nous expliquer ce qui se passe? Tout d'abord, que fait le groupe de travail Nielsen? Quelle est son autorité? Peut-il par exemple, par ses recommandations, réduire les fonds attribués aux provinces? Est-ce qu'on envisage de modifier la loi ou les règlements concernant le Régime d'assistance publique du Canada, tout ce qui le régit? Est-ce qu'on fera rapport au Comité? Comment pouvons-nous participer au processus de consultation relatif au Régime d'assistance publique du Canada?

J'ai ici le communiqué, et j'aimerais revenir sur certains détails qui ont été publiés le 26 avril, je crois, à la suite de la conférence des ministres fédéral et provinciaux, mais je m'arrête ici un instant pour vous permettre de répondre.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Je vous remercie.

Madame Mitchell, nous pouvons évidemment discuter longuement du principe de l'universalité. Ma définition, comme je l'ai dit le 14 mai, c'était que les programmes en cours au 14 mai et l'admissibilité des gens à ces programmes répondaient à ma définition d'universalité, et aujourd'hui, le 28 mai, les mêmes gens bénéficient des mêmes programmes et sont admissibles de la même façon et assujettis aux mêmes conditions.

Mme Mitchell: Tout en ayant moins d'argent.

M. Epp (Provencher): Vous et moi pouvons discuter de la définition, mais je crois qu'elle demeure.

Pour ce qui est du manque à gagner des personnes âgées à la retraite, par suite de l'abandon de la pleine indexation du régime de sécurité de vieillesse, à l'opposé du supplément du

[Texte]

for 1985-86 are \$6; for 1986-87 are \$85; for 1987-88, \$186; 1988-89, \$282; 1989-90, \$390, and 1990-91, \$500, which was the figure you used. I also say to you, and you do not have to listen to my speeches, but if you read the budget and listened to what I said in the House yesterday, you will notice that the Minister of Finance has very clearly said that we will monitor that situation and that if changes have to be made, they will be considered.

Regarding the CAP—excuse me if I am a little long—there has generally been a view that the CAP should be reviewed, not that the CAP is a bad program. I think it is an excellent program, and that is generally accepted. But there has been the argument that the CAP does not give us or give the provinces enough flexibility. Example: a person is sometimes better to stay on social assistance, not necessarily because of the amount of money he or she might get on a monthly basis, but there are other benefits, such as dental or optometrical services, and so forth.

And so a number of us have been arguing whether it would be wise to review the Canada Assistance Plan. I think right now the Canada Assistance Plan, the federal share, is approximately \$3.6 billion—it is in that area—and the provinces pay roughly an equivalent amount; that we would use some of that money, for example, for people who are on social assistance; that if we twinned some of the earnings they might receive through part-time work or eventually, hopefully, full-time work, we could move them from social assistance to self-reliance. And so we had a meeting of the Social Affairs Ministers.

We had an agreement, not anything written—that was not our intent—but that we agreed to have our officials examine that proposal. The first meeting of the officials took place approximately a week ago in Toronto. I think the next meeting of the deputy ministers is in Whitehorse in a week or 10 days where that matter will be pursued.

There is the Nielsen task force as well. They as yet have not reported, but suffice it to say I think that all of us want to see the Canada Assistance Plan benefits utilized in a more flexible way. If you take a look at the increase on the Canada Assistance Plan, and you compare that, for example, to the changes of the Unemployment Insurance Plan when you go back to 1971—I was not here in 1971, but if I read that debate and the projections of 1971 of Mr. Mackasey at the time—there was the hope that with the enrichment of the UI there would be less impact on the CAP.

• 2040

In fact, other than two years since 1971, I think, what has happened is the opposite. I accept the argument that we also

[Traduction]

revenu garanti, la perte calculée sur une base annuelle, est de 6 dollars pour 1985-1986, 85 dollars pour 1986-1987, 186 dollars pour 1987-1988, 282 dollars pour 1988-1989, 390 dollars pour 1989-1990, et 500 dollars pour 1990-1991. C'est ce dernier chiffre que vous avez mentionné. Je dois également vous dire, et vous n'avez pas à écouter mes discours, mais si vous avez lu le budget et écouté ce que j'ai dit à la Chambre hier, vous aurez remarqué que le ministre des Finances a clairement exprimé sa volonté de suivre la situation et d'envisager les changements nécessaires le cas échéant.

Au sujet du Régime d'assistance publique du Canada—excusez-moi si je prends beaucoup de temps—on est généralement d'avis que le RAPC doit être réexaminé, ce qui ne veut pas dire que le programme est mauvais. À mon avis, il s'agit d'un excellent programme, c'est d'ailleurs l'opinion générale. Certains, reprochent cependant au RAPC de ne pas nous donner, à nous ou aux provinces, suffisamment de souplesse. Je vous donne un exemple, il vaut mieux pour une personne de continuer à recevoir des prestations de bien-être social, non pas nécessairement à cause de l'argent qu'elle pourrait recevoir mensuellement, mais parce qu'il y a d'autres avantages, par exemple, des services de dentisterie et d'optométrie.

Certains d'entre nous se sont donc interrogés sur l'opportunité d'un réexamen du Régime d'assistance publique du Canada. Je crois qu'actuellement la part fédérale des subventions du régime d'assistance publique du Canada s'élève à environ 3,6 milliards de dollars, et les provinces versent à peu près le même montant. Nous pourrions peut-être nous servir d'une partie de cet argent par exemple pour aider les bénéficiaires du bien-être social, et si nous y ajoutons l'argent qu'ils reçoivent pour le travail à temps partiel ou ultérieurement, nous l'espérons, pour du travail à plein temps, nous pourrions en faire des gens qui subviennent à leurs propres besoins plutôt que des assistés sociaux. Nous avons donc tenu une réunion avec les ministres des Affaires sociales.

Nous en sommes venus à un accord verbal—nous ne visions pas un accord écrit—mais nous avons convenu qu'il fallait que ces propositions soient étudiées par nos fonctionnaires. La première réunion de ces derniers a eu lieu il y a une semaine environ à Toronto. La prochaine réunion des sous-ministres aura lieu à Whitehorse dans une semaine ou dix jours, afin de poursuivre l'étude de cette question.

Il y a également le groupe de travail Nielsen. Ce groupe n'a pas encore déposé son rapport, mais je suis sûr que nous aimerions tous voir une plus grande souplesse dans les prestations du régime d'assistance publique du Canada. Voyez l'augmentation du régime d'assistance publique du Canada, et comparez-la par exemple aux changements apportés au régime d'assurance-chômage en remontant à 1971—je n'étais pas là en 1971, mais d'après le compte rendu du débat et les projections faites par M. MacKasey cette année-là—on espérait qu'une augmentation des prestations d'assurance-chômage réduirait les pressions sur le RAPC.

De fait, à part deux années, c'est le contraire qui s'est produit depuis 1971. Je reconnais que nous avons un chômage

[Text]

have higher unemployment, but if you look at both the UI pay-outs and the CAP pay-outs, both of them have gone up almost in greater numbers than if you simply look at the raw unemployment figures. So I think we can show more flexibility in that, and that is what the plan is about.

Regarding the consultative process, I think that is a valid point, but I say to you that, because it is a shared program, the provinces and the federal government are working on models. As soon as there will be some agreement or something I can report, I would be glad to do it.

The Chairman: Mrs. Mitchell, it is probably your last question if it is as long as . . .

Ms Mitchell: Mr. Minister, I do not quite understand what you are implying about more flexibility. When you were talking about flexibility, I thought you would mean—and I would like to come back to this more specifically in my next question—that it would be applied perhaps in a more flexible way, so perhaps municipalities, for example, could get more involved, or you could use it more in helping to get people off welfare and that kind of thing. But it sounded as if you were talking about it from a financial point of view, and a cut-back from the Nielsen . . . Is that not true?

Mr. Epp (Provencher): No, I did not mention the word "cut-back", and you should not follow that trail.

Ms Mitchell: Okay. Speaking of flexibility, then, in your consultations with the provinces and from a federal point of view in your own position as Minister, do you see any changes coming or would you be recommending changes that would extend the Canada Assistance Plan—I know this assumes provincial agreement—to be used more flexibly in communities?

I am thinking, for example, in British Columbia, where the City of Vancouver would be quite happy, I think, to put more money into the 50% sharing, or maybe groups could find other ways of doing it. Meanwhile, the province is cutting back on certain programs, programs that I know are essential in the way of support for families, for example, and some rehabilitation kinds of programs that might be job oriented.

I am wondering if you see that this could be extended to what kinds of groups? I think there was a reference to proprietary organizations approved by the province, and I wonder if you could explain that. I am also wondering if it might be used, for example, for community developing corporations, comprised mostly of poor people who might develop jobs or services or might contribute in some way from a community development point of view. It used to be available for that, but in recent years it does not appear to be, at least in British Columbia.

Mr. Epp (Provencher): I cannot comment specifically on some of the British Columbia cases you might want to cite, but let me say that the discussions are taking place. We all accepted the need for more flexibility, not in a financial sense—that is, governmental financial matters—but in trying

[Translation]

plus élevé, mais si vous regardez à la fois les prestations d'assurance-chômage et celles du Régime d'assistance publique du Canada, leur augmentation a excédé la hausse du chômage. Nous pouvons, à mon avis, faire preuve de plus de souplesse et c'est ce qu'il faut faire au sujet du Régime.

Votre question concernant le processus de consultation est valable, mais je vous répondrai, puisqu'il s'agit d'un programme partagé, que le travail des provinces et du gouvernement fédéral s'appuie sur des modèles. Dès qu'il y aura un accord ou quelque chose dont je pourrai vous rendre compte, je le ferai avec plaisir.

Le président: Madame Mitchell, ce sera probablement votre dernière question si elle est aussi longue . . .

Mme Mitchell: Monsieur le ministre, je ne comprends pas très bien ce que vous voulez dire par plus de souplesse. Lorsque vous avez parlé de souplesse, je croyais . . . et j'y reviendrai dans ma prochaine question . . . que l'application se ferait peut-être de façon plus souple, afin que peut-être les municipalités puissent participer davantage, ou que vous pourriez vous en servir pour aider peut-être les gens à ne plus être des assistés sociaux. Cependant, vous avez semblé aborder ce sujet sous l'angle financier, et s'il y avait réduction à cause du groupe Nielsen . . . N'est-ce pas vrai?

M. Epp (Provencher): Non, je n'ai pas prononcé le mot «réduction», et vous ne devriez pas vous engager dans cette voie.

Mme Mitchell: Très bien. Parlons alors de souplesse. Dans les discussions avec les provinces et en votre qualité de ministre fédéral, est-ce que vous prévoyez des changements ou allez-vous en recommander afin que le régime d'assistance publique du Canada puisse être utilisé—je sais qu'il faut l'accord des provinces—de façon plus souple dans les collectivités?

Je songe par exemple à la Colombie-Britannique, à la ville de Vancouver qui serait très heureuse, je crois, de contribuer davantage à la part de 50 p. 100, ou peut-être à des groupes qui pourraient trouver d'autres moyens d'y arriver. Dans l'intervalle, la province élimine certains programmes, des programmes qui à mon avis sont essentiels pour aider les familles, ou des programmes de rééducation qui sont axés sur l'emploi.

Pourriez-vous me dire si le régime pourrait être étendu et à quel genre de groupes? On a parlé d'organisations propriétaires approuvées par la province, pourriez-vous nous expliquer de quoi il s'agit. Je me demande si ça ne pourrait pas servir également, par exemple, à des sociétés de développement communautaire, qui comprennent surtout des gens pauvres qui pourraient créer des emplois ou des services ou contribuer au développement communautaire. Le régime a déjà servi à cela, mais depuis quelques années, il ne semble pas que ce soit le cas, du moins en Colombie-Britannique.

M. Epp (Provencher): Je ne peux pas vous répondre de façon précise au sujet des exemples concernant la Colombie-Britannique, mais je vous répondrai qu'on est en train d'en discuter. Nous savons tous qu'il faut une certaine souplesse, non pas sur le plan financier—c'est-à-dire sur le plan des

[Texte]

to get people to be less dependent on social assistance. I think the models can vary.

One of the points I think we have to keep in mind or look at is: Should there be different criteria, for example, from one province to another, or can we even be that flexible? Also, you mentioned the municipalities, a valid point. Keep in mind that some provinces have different relationships to the municipalities and also in regards to welfare eligibility.

But those are areas we are willing to discuss. But keep in mind that from a federal point of view we cannot initiate changes on our own; it has to be with the provinces as well. What happens is that the provinces decide and we share their costs. We have the 12 clients, as you know, from a federal perspective. I can only assure you that the provinces have also looked at their programs and are willing at least to explore these areas.

When you ask me about proprietary groups, that was specifically a reference to daycare, and that should not be restricted only to public daycare.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Thank you, Mrs. Mitchell.

Mr. Reid, you have five minutes, and then I have no further names.

Mr. Reid: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, reference has already been made to the Frith task force, dealing first with the aspect of the Canada Pension Plan.

• 2045

That task force set out a schedule pretty well indicating that unless the provinces started to pay interest on the money and then pay it back an increase in premiums would soon be necessary. That task force is now two, running on three, years of age.

May I put it to you this way: Since the budget indicated that for the interest of small business and overhead there will be no increase in unemployment insurance premiums, will there be in the foreseeable future any increase in the Canada Pension Plan premiums?

Mr. Epp (Provencher): I will not define for you the foreseeable future because that could vary from one's perspective. Let us put it this way: Ministers of Finance have agreed that there has to be an increase in premiums. Generally they were looking at 1987-88 or even later, in that window. I think that was the date they were looking at. Keep in mind that there are changes in the provinces politically in terms of government and some members who were active in that discussion... that might have to be revisited with certain provinces. But that was the position the Ministers of Finance took, at least in recent weeks.

My position with the Ministers of Finance has been that I do not want to see increases in premiums in isolation from looking at some of the other benefits which were mentioned in

[Traduction]

finances publiques—mais pour que les gens comptent moins sur l'assistance sociale. A mon avis, les modèles peuvent varier.

Il faut examiner la question de savoir si les critères devraient être différents d'une province à une autre, par exemple, ou si nous pouvons même faire preuve d'autant de souplesse. Vous avez également parlé des municipalités, c'est fort judicieux. Il faut se souvenir que certaines provinces ont des rapports différents avec les municipalités et aussi en ce qui a trait à l'admissibilité au bien-être social.

Toutefois, ce sont là des questions dont nous voulons bien discuter. Rappelons-nous que du point de vue fédéral, nous ne pouvons procéder aux changements de notre propre chef, les provinces doivent également participer. Il se trouve que les provinces décident et nous partageons les coûts. Comme vous le savez, du point fédéral, nous avons 12 clients. Je puis vous assurer que les provinces ont également examiné leur programme et sont d'accord pour explorer ces questions.

Lorsque vous m'avez parlé des groupes propriétaires, il s'agissait spécifiquement des garderies, mais il ne faut pas limiter cela aux garderies publiques.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Merci, madame Mitchell.

Monsieur Reid, vous avez cinq minutes. Je n'ai pas d'autres noms sur ma liste.

M. Reid: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, il a été question du groupe de travail Frith, qui traite premièrement du Régime d'assistance publique du Canada.

Ce groupe de travail a établi un tableau indiquant très clairement qu'à moins que les provinces ne commencent à payer l'intérêt sur l'argent pour ensuite rembourser le capital, il sera bientôt nécessaire d'augmenter les primes. Ce groupe de travail existe depuis deux ans et entame sa troisième année.

Je vous pose cette question: puisque dans l'intérêt de la petite entreprise et afin de ne pas augmenter ses frais généraux, le budget ne prévoit aucune augmentation des primes d'assurance-chômage, prévoit-on une majoration des primes du Régime de pension du Canada dans un avenir prévisible?

M. Epp (Provencher): Je ne définirai pas ce qu'est un avenir prévisible puisque chacun peut voir cela à sa façon. Disons que les ministres des Finances sont convenus qu'il fallait augmenter les primes. De façon générale ils visaient la période 1987-1988 ou même plus tard. Du moins, je le pense. Rappelez-vous qu'il y a des changements politiques au niveau provincial et parmi les députés ayant participé à cette discussion... il se peut qu'il soit nécessaire de reprendre le processus avec certaines provinces. Toutefois c'est la position adoptée par les ministres des Finances ces dernières semaines.

Ma position face aux ministres des Finances, c'est que je ne voulais pas voir d'augmentation des primes sans tenir compte de certaines autres prestations mentionnées par le groupe de

[Text]

the task force and which have been also part of our government's proposals.

Mr. Reid: Thank you, Mr. Minister.

Dealing still with pension reform, will your department be coming forward with legislation having to do with the mechanics of pension reform, such as the vesting period, coverage, etc., and can you give any indication as to when?

Mr. Epp (Provencher): I believe what you are referring to is the Pension Benefits Standards Act, which most of this comes under, and that would be initiated by the Minister of Finance.

Mr. Reid: So can you give any indication as to whether or not those companies with pension plans will all be required to subscribe to conform to the proposed amendments as made?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Reid, I cannot give you a position on that at this time.

Mr. Reid: Which leads me to another question of the Frith task force. There was some difference of opinion and a fairly wide-ranging discussion as we crossed the country as to mandating; one meat packing firm that had no pension plan at all was put in an advantageous position when we talked in terms of another meat packing plant; he had a plan and they were making him conform to improved plan provisions. Is the Minister in a position to make any comment at all on mandating?

Mr. Epp (Provencher): Not at this date. Keep in mind that my responsibility for pensions and that of the Minister of Finance through the Pension Benefits Standards Act seem to overlap. He has the responsibilities for the act and much of many of the pension proposals that were made; yet, on the other hand, much of the pension interlink with our pension benefits and the Minister of Finance... People feel that we should have some of those answers. I think until the legislation in fact is before us, Mr. Reid, I cannot be any more specific than that.

In fact, I could say this to you—and I generally would not: This matter, in terms of the type of legislation, will have to come before Cabinet first, and obviously a few days after the budget that has not yet happened.

The Chairman: One brief question, Mr. Reid.

Mr. Reid: Since I would gather that the question of pension funds and the access of pension funds to business will come under the Minister of Finance as well, would it be included in that legislation? If the chairman will permit me, I am concerned with coverage and the inference that part-time people will be included in such coverage. How do you propose to increase the coverage that is so necessary in this country?

Mr. Epp (Provencher): Again, I apologize for giving the same answer as my previous two answers, Mr. Reid: I will take those representations to the Minister of Finance—that is the best I can offer at this stage—and we will examine that.

[Translation]

travail et faisant également partie des propositions de notre gouvernement.

M. Reid: Merci, monsieur le ministre.

Au sujet de la réforme des pensions, votre ministère présentera-t-il une loi visant les mécanismes de réforme, comme la période de dévolution, l'assujettissement, etc., et pouvez-vous nous dire quand cela se fera?

M. Epp (Provencher): Je pense que vous parlez de la Loi sur les normes des prestations de pension qui régit cela en grande partie. L'initiative relèverait du ministre des Finances.

M. Reid: Pouvez-vous me dire si les compagnies ayant des régimes de pension devront se conformer aux modifications envisagées?

M. Epp (Provencher): Monsieur Reid, je ne peux pas vous répondre pour l'instant.

M. Reid: Cela m'amène à vous poser une autre question sur le groupe de travail Frith. Lorsque nous avons parcouru le pays sur la question du régime obligatoire, il y avait des divergences d'opinions et un débat sur des sujets très variés. Dans un cas, une entreprise de saison qui n'avait aucun régime de pension était dans une position avantageuse par rapport à une autre usine semblable. Ce dernier avait un régime et on l'obligeait à se conformer aux normes en améliorant les dispositions de son régime. Que pense le ministre de cette question de régime obligatoire?

M. Epp (Provencher): Je ne peux rien dire pour l'instant. Rappelez-vous que ma responsabilité pour les régimes de pension chevauche celle du ministre des Finances en raison de la Loi sur les normes de prestations de pension. Il est responsable de l'application de la loi et de la majorité des propositions qui ont été faites en matière de pension; mais la question des pensions est en grande partie liée à nos prestations de pension et le ministre des Finances... Selon les gens, nous devrions avoir certaines de ces réponses. Mais je ne peux pas être plus précis avant que la loi ne soit déposée, monsieur Reid.

En fait, je puis vous dire ceci—généralement je ne le fais pas: pour ce genre de projet de loi, cette question devra être soumise d'abord au Cabinet et évidemment ce n'est pas encore le cas, quelques jours après le dépôt du budget.

Le président: Une question très brève, monsieur Reid.

M. Reid: Étant donné que la question des fonds de pension et de l'accès aux fonds de pension pour les entreprises relèveront du ministre des Finances également, est-ce que cela sera inclus dans cette loi? Si vous me permettez, monsieur le président, ce qui m'inquiète c'est l'assujettissement et la conclusion que les travailleurs à temps partiel seraient assujettis. Comment vous proposez-vous d'augmenter cette cotisation qui est tellement nécessaire dans ce pays?

M. Epp (Provencher): Encore une fois, monsieur Reid, je m'excuse de vous fournir deux fois la même réponse, je transmettrai au ministre des Finances—c'est le mieux que je puisse faire pour l'instant—et nous étudierons tout cela.

[Texte]

• 2050

The Chairman: Thank you, Mr. Reid, Mr. Minister. Mr. Malépart, our very alert clerk advises me that you are not on the committee tonight, but as a Member of Parliament and as a faithful attender in the past of this committee, I shall recognize you for five minutes.

Mr. Duguay: Notwithstanding all the points of order in the House today, I would even support that.

The Chairman: Okay. Mr. Malépart, five minutes.

M. Malépart: Monsieur le président, j'ai une série de questions à poser au ministre; mais, suite aux réponses que je viens d'entendre du ministre, à l'endroit de son collègue, je me demande s'il ne serait pas mieux d'attendre le ministre des Finances. J'aimerais savoir, si le ministre des Finances dirige le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ou si le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fait des recommandations au ministre des Finances.

Ma première question voudrait clarifier une situation concernant les personnes âgées au Canada. Elles ont hâte de recevoir une réponse en ce qui concerne, dans le Budget, l'élimination de la pleine indexation. Je pense qu'il faudrait une réponse franche et honnête sur cette question. Le ministre des Finances, à la Chambre, répond toujours que le supplément de revenu garanti est pleinement indexé. Mais, je pense que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est mieux informé que le ministre des Finances sur les personnes âgées qui reçoivent un supplément de revenu garanti et de leur besoin en termes de bénéfices. Elles reçoivent une partie du montant de la pension de base, laquelle est universelle, de même que le supplément de revenu garanti. Lorsque ces gens sont admissibles au supplément de revenu garanti, on ne tient pas compte du calcul de la pension de base. S'il est exact, comme il est écrit dans le document du ministre des Finances, que seul le supplément de revenu garanti est pleinement indexé, ces personnes—les plus pauvres du Canada et qui, selon les chiffres du ministère cités dans le document du 8 novembre, de M. Wilson, sont environ 1.3 million—ces personnes, dis-je, seront pénalisées de 3 p. 100. Les documents de M. Wilson, présentés dernièrement, ne font pas mention, contrairement au Budget de M. MacEachen, d'une compensation pour la perte de l'indexation du montant de la base. J'aimerais obtenir une réponse claire, une fois pour toutes. Il faut que la population des personnes âgées sache à quoi s'en tenir. Je pense qu'il ne s'agit pas d'une clientèle avec laquelle on doit jouer. Est-il exact de dire que seul la pension de base est pleinement indexée? Est-il aussi exact de dire que le supplément de revenu garanti est pleinement indexé? Et, est-ce que la pension de base des personnes âgées qui retirent également le supplément de revenu garanti, ne sera pas pleinement indexée? Ces personnes perdront-elles 3 p. 100, comme toutes les autres. Voilà ma première question.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, a number of the points Mr. Malépart made I think I answered in terms of the

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Reid, monsieur le ministre. Monsieur Malépart, notre greffier, qui est toujours vigilant, me dit que vous n'êtes pas membre du Comité ce soir, mais en tant que député et membre très fidèle du Comité par le passé, je vous donnerai la parole pendant cinq minutes.

M. Duguay: Malgré le fait qu'il a invoqué le Règlement tant de fois à la Chambre aujourd'hui, je serais même en faveur de cela.

Le président: D'accord. Monsieur Malépart, vous avez cinq minutes.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I have a series of questions to ask the Minister, but given the responses that I have just heard from the Minister with respect to his colleague, I am wondering if it would be better to wait for the Minister of Finance. I would like to know if the Minister of Finance is in charge of the Department of National Health and Welfare, or whether the Department of National Health and Welfare makes recommendations to the Minister of Finance.

My first question is to clarify the situation for elderly people in Canada. They are anxious to receive an answer with respect to the elimination of full indexation in the budget. I think there has to be a frank and honest answer to this question. The Minister of Finance always answers in the House that the guaranteed income supplement is fully indexed. However, I believe that the Minister of National Health and Welfare is better informed than the Minister of Finance on the elderly people who receive the guaranteed income supplement and their requirements in terms of benefits. They receive a portion of the basic pension, which is universal, as well as the guaranteed income supplement. When people are eligible for the guaranteed income supplement, this is not taken into consideration when calculating the basic pension. If it is true, as is stated in the document of the Minister of Finance, that only the guaranteed income supplement is fully indexed, these people—the poorest in Canada, who, according to departmental figures quoted by Mr. Wilson on November 8, number about 1.3 million—will be penalized by 3%. Mr. Wilson's documents, which were recently presented, do not mention, unlike Mr. MacEachen's budget, a compensation for the lack of indexation of the basic sum. I would like to have a clear answer, once and for all. Elderly people must know what to believe. I do not think we should play around with them. Is it correct that only the basic pension is fully indexed? Is it also correct that the guaranteed income supplement is fully indexed? And will the basic pension for elderly people who also receive the guaranteed income supplement not be fully indexed? Will these people lose 3%, like everybody else? That is my first question.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je pense que j'ai répondu aux questions de M. Malépart en ce qui concerne

[Text]

benefits, but let me put it to him again and not get into the 6 and 5 and the inflation rate, which was 11% and 12% at the time, and a deficit which had been projected at about \$11 billion for the year and which came in at \$19.6 billion against a deficit that we were running of \$35 billion and projected to go to \$40 billion next year and \$50 billion by 1990. I mean, I think the circumstances have to be looked at before one can answer that.

But notwithstanding that, directly to the question—and the Minister of Finance has said it and I have said it in the House—on the Old Age Security, the basic pension that everyone receives at age 65 regardless of income, that pension will now increase only if the inflation rate is above 3%; anything above 3% will be indexed as before. That is partial indexing. The Guaranteed Income Supplement, which is paid in whole or in part to Canadians on the basis of a means tested, or an incomes tested rather, excuse me, incomes tested basis, that is fully indexed regardless of what the inflation rate is.

The Chairman: Mr. Malépart.

M. Malépart: Merci, la réponse est précise. C'est donc comme je le prétendais.

Ma deuxième question concerne le crédit d'impôt pour enfants, c'est-à-dire les changements au niveau des montants affectés aux familles qui ont des enfants. Là encore, au lieu de recevoir une pleine indexation, comme vous l'accordez au supplément de revenu garanti—et vous admettez avec moi que ce sont les familles les plus pauvres, ou à revenu moyen, ayant des enfants qui recevront le crédit d'impôt pour enfants—le crédit d'impôt pour enfants est diminué de 3 p. 100.

• 2055

Pourquoi n'avez-vous pas maintenu la pleine indexation au niveau du crédit d'impôt pour enfants? Le ministre des Finances disait dans son discours—je ne l'ai malheureusement pas sous les yeux—que le crédit d'impôt pour enfants était indexé moins 3 p. 100.

Mr. Epp (Provencher): Excuse me, Mr. Malépart. I apologize; maybe I missed on the translation. Forgive me if I did. I am not sure whether you are talking about the family allowance, which will not be indexed—which will be partially indexed again—or against the child tax credit. There are different conditions. The condition you gave I thought you applied to the wrong part of the program. Could you repeat that, please?

M. Malépart: Selon le texte français du ministre des Finances, on abolit l'exemption d'impôt pour enfants et des sommes d'argent sont transférées. À la fin de ce texte, le ministre des Finances dit que le crédit d'impôt pour enfants sera indexé moins 3 p. 100.

Pourquoi le crédit d'impôt pour enfants n'a-t-il pas été pleinement indexé, alors que le supplément de revenu garanti pour les personnes âgées est pleinement indexé? Vous êtes d'accord avec moi que ceux qui reçoivent le crédit d'impôt pour enfants, ce sont les familles à plus faible revenu.

[Translation]

les prestations, mais j'aimerais lui dire encore un fois de ne pas parler des six et cinq et du taux d'inflation, qui était de 11 et de 12 p. 100 à l'époque. On a prévu un déficit de 11 milliards de dollars pour l'année, et il était en réalité de 19,6 milliards de dollars, par opposition à notre déficit de 35 milliards de dollars, que l'on prévoyait atteindre 40 milliards de dollars l'année prochaine, et 50 milliards de dollars d'ici à 1990. Il faut étudier les circonstances avant de donner une réponse.

Maintenant, pour répondre directement à la question—comme l'a dit le ministre des Finances, et comme je l'ai dit moi-même à la Chambre—la sécurité de la vieillesse, la pension de base que tout le monde reçoit à l'âge de 65 ans, sans distinction de revenus, ne connaîtra une augmentation que si le taux d'inflation est supérieur à 3 p. 100; tout ce qui est inférieur à 3 p. 100 sera indexé comme auparavant. C'est une indexation partielle. Le supplément de revenu garanti, qui est basé sur le revenu, sera pleinement indexé, sans égard au taux d'inflation.

Le président: Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Thank you, your answer is clear. It is just as I said.

My second question has to do with the child tax credit, namely changes in the amount of money given to families who have children. Once again, instead of receiving full indexation, as you grant under the guaranteed income supplement—and you will agree with me that it is the poorest families, or middle income families, who have children who receive the child tax credit—the child tax credit is decreased by 3%.

Why was not full indexing maintained for child tax credit? The Minister of Finance said in his speech, which I have not got in front of me unfortunately, that the child tax credit would be indexed minus 3%.

M. Epp (Provencher): Excusez-moi, monsieur Malépart, j'ai peut-être mal saisi la traduction. Je ne suis pas certain si vous parlez des allocations familiales, qui ne seront pas désindexées, mais qui seront partiellement indexées à nouveau, ou bien du crédit d'impôt pour enfant, car ce sont là deux choses différentes. Je dois vous avoir mal compris. Pourriez-vous répéter votre question.

Mr. Malépart: According to the French version of the Minister of Finance's statement, the child tax credit is being dropped altogether and some amounts will be transferred. At the end of his speech, the Minister of Finance said that the child tax credit would be indexed minus 3%.

Why was not the child tax credit fully indexed the same as the guaranteed income supplement for senior citizens? You will agree that it is the low income families which benefit from the child tax credit.

[Texte]

Mr. Epp (Provencher): Mr. Malépart, again, I am not trying to blame translators or anybody, but I want to be very precise and not to leave any wrong impressions. First of all, if I caught the translation correctly, a statement was made about the abolition of the child tax credit. Of course, it is not abolished. The child tax credit will go up higher over the next years than CPI. Let me give you the figures.

In 1986 the figure will go up from \$384 to \$454. That is an increase of \$70. In 1987 it will go up to \$489—I am talking about maximums, of course—which is an increase of \$35. In 1988 it will go up to \$542 per child, which is an increase of \$53; substantially above any projected CPI. In 1989 it is projected to be increased to CPI in excess of 3 percentage points. So up to that year, if you take a look at the reduction of the tax exemption down to the level of the family allowance, then take that money and increase the child tax credit—and as you say, those families with the least income—that increase in the child tax credit per child is substantially above the cost-of-living increases.

Mr. Duguay: I just wanted to ask a question because I am not really quite familiar with all the details of the Canada Assistance Plan. We provide funds to provinces which match funds under the Canada Assistance Plan. We also provide funds under the Established Programs Fund. Do the provinces have some flexibility in using EPF funds for CAP purposes?

Mr. Epp (Provencher): First of all, the Canada Assistance Plan, or CAP, is paid if certain conditions are met. If the conditions are met, the federal government pays that on a 50:50 basis on submitted expenditures by the provinces. That is why any changes to the CAP would have to have provincial agreement for any flexibility one might want to be built in. For Established Programs Financing, which almost exclusively is health care and post-secondary education, these figures are not accurate, but for our purposes today I think they could suffice. Generally, if you look at those figures, they are roughly on a 70:30 ratio. That is not quite accurate, but it is in that neighbourhood.

The argument from the federal government in the past has been that when we went to block funding in 1977, and again in the second five-year agreement in 1982, the moneys that were given in a block—that is, for the health care and for the post-secondary education—a greater portion of that money in some provinces—at least that is the Al Johnson report argument—some of the money, or greater amounts of it relative to that rule of thumb or ratio, went to health care, as against post-secondary education.

• 2100

But I think the better point to be made is that—and secondary education is an area for which I am not responsible

[Traduction]

M. Epp (Provencher): Mon propos n'est pas de critiquer les interprètes, ni qui que ce soit d'ailleurs, mais je tiens simplement à être bien clair, afin de ne pas prêter à malentendu. Premièrement, si j'ai bien suivi la traduction, vous avez dit que le crédit d'impôt pour enfant avait été aboli, ce qui est tout à fait contraire à la réalité. Ainsi, au cours des années à venir, le crédit d'impôt augmentera plus rapidement que l'indice des prix de détail. Je vais vous citer les chiffres, si vous le permettez.

En 1986, ce chiffre devrait passer de 384\$ à 454\$, soit une augmentation de 70\$. En 1987, le chiffre maximum sera de 489\$, soit une augmentation de 35\$. En 1988, ce chiffre passera à 542\$ par enfant, soit une augmentation de 53\$, ce qui est de loin supérieur à l'évolution prévue de l'indice des prix à la consommation. En effet, on prévoit pour 1989 une augmentation d'un peu plus de 3 p. 100 dans l'indice des prix à la consommation. Donc, compte tenu de la réduction de l'exemption fiscale jusqu'au niveau des allocations familiales, et compte tenu en même temps de l'augmentation du crédit d'impôt pour enfant, lequel, comme vous le dites si bien, profite surtout aux familles à faible revenu, ce crédit d'impôt pour enfant augmentera bien plus rapidement que l'indice du coût de la vie.

M. Duguay: Je voudrais vous poser une question, car je ne connais pas suffisamment tous les détails du Régime d'assistance publique du Canada. Si j'ai bien compris, les provinces doivent avancer des fonds équivalents à ceux que le gouvernement leur verse au titre du Régime d'assistance publique du Canada. De plus, le gouvernement verse des fonds au titre du fonds des programmes établis. Les provinces sont-elles autorisées à utiliser une partie du fonds des programmes établis aux fins du Régime d'assistance publique du Canada?

M. Epp (Provencher): Je vous ferais tout d'abord remarquer que les fonds versés au titre du Régime d'assistance publique du Canada sont assujettis à certaines conditions. Lorsque toutes ces conditions sont remplies, le gouvernement couvre la moitié des prévisions de dépenses soumises par les provinces. C'est la raison pour laquelle toute modification au Régime d'assistance publique du Canada doit être approuvée par les autorités provinciales. Pour ce qui est du financement des programmes établis consacrés presque exclusivement à la santé et à l'éducation supérieure, ces chiffres, bien qu'inexactes, peuvent néanmoins servir de base de discussion. *grosso modo*, le rapport est de 70 à 30.

Lorsque nous avons adopté le système du financement global, en 1977, ainsi que le second accord quinquennal, en 1982, d'après le rapport Al Johnson, la répartition des crédits entre les soins de santé et l'éducation supérieure se faisait à l'avantage des soins de santé et au détriment de l'éducation supérieure, ce qui est contraire à ce rapport de 70 à 30 dont je parlais tantôt.

Bien que je ne sois pas chargé de l'éducation supérieure, qui est du ressort du secrétaire d'État, la question est en fait de

[Text]

as is the Secretary of State—whether or not, because of the block funding and the formula, the federal government was paying a disproportionate amount for the public side of the funding of post-secondary education as against the provinces. I will leave that to the Secretary of State, but the argument on block funding . . . Some say you should go back to a cost-shared basis, just as CAP is. You would not be able to control the costs, I would suggest, and in fact the provinces also wanted to go to block funding, almost without exception, because it gave them more flexibility.

The Chairman: Mr. Duguay.

Mr. Duguay: Thank you, Mr. Minister. I certainly would not want ever to suggest that we should tie the moneys we give to provinces because I think that is a kind of a paternalistic attitude which does not help the clients in the long run.

I did have some concerns which came out of the Johnstone report that there is some leakage of moneys and that some of it may not be spent according to what we had assumed would have been the way in which it was spent.

Pursuing that, in the equalization funding, the concept of a province's ability to raise funds, I wonder if anything has ever been done with regard to Health and Welfare to attempt to measure a province's ability to raise taxes based on a number of indicators—gross provincial product, the weekly wages index, or the Consumer Price Index for that particular place—whether anything had ever been done to measure that.

The other aspect is the matter of costs within a province. What I am getting at is that I do not want to tie the money down. I like very much the idea of the Johnstone report giving the facts about where the money is going, but I also wondered if these two things I refer to—the actual costs within a province for health and welfare and the province's ability to raise funds—might not be tied in eventually to a disincentive system, the bottom line being that if a province has a good ability to raise funds and costs which are average it ought not to get the same amount of federal dollars as a province which has a lower ability and higher costs.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Duguay, first of all, the actual costs per province on CAP expenditures and health expenditures can be determined. I do not have those figures, but those can be determined. In fact, under the Canada Health Act they have to be reported.

If you are asking me about the ability to raise funds, I do not have the exact formula at my fingertips. Maybe one of my officials does. But the established programs financing . . .

Let me give it to you, anecdotally at least. There is a formula which the Finance people use for the ability to raise revenues on a per capita basis, when you look at the equalization, for example. I have seen that formula and tried to understand it and to see the manner in which it is applied. Again, that formula has been developed over a number of years of experience in federal-provincial funding. I am sure one could argue that it is not as scientific as it might be, but a formula similar to the one you describe is used. But I do not

[Translation]

savoir si, à cause de ce système de financement global, le gouvernement fédéral n'assume pas une part trop importante du financement de l'éducation supérieure, par comparaison au montant assumé par les provinces. Mais cela, c'est une question que le secrétaire d'État aura à trancher. D'après certains, il faudrait revenir à la formule des frais partagés, comme le Régime d'assistance publique du Canada. Mais cela ne permettrait pas de maîtriser les coûts et, en plus, les provinces étaient, elles aussi, en faveur du financement global, pratiquement sans exception, car cela leur permet une plus grande marge de manoeuvre.

Le président: Monsieur Duguay.

M. Duguay: Merci, monsieur le ministre. Je ne voudrais surtout pas que les montants que nous versons aux provinces soient assortis de conditions, car cela relève d'un paternalisme de mauvais aloi et ne profite à personne en dernière analyse.

D'après le rapport Johnstone, il semblerait qu'une partie de ce fonds ne serait pas utilisée comme initialement prévu.

Je voudrais savoir si le ministère de la Santé et du Bien-être a jamais essayé de déterminer les capacités des différentes provinces à lever des impôts selon certains indicateurs, tels le produit provincial brut, l'indice des salaires hebdomadaires ou l'indice des prix à la consommation.

Il y a aussi la question des coûts dans les différentes provinces. Il ne faudrait surtout pas que ces crédits soient assujettis à toutes sortes de conditions. Je suis par contre tout à fait en faveur de la proposition du rapport Johnstone pour exiger des comptes sur la façon dont l'argent a été utilisé. D'autre part, le coût réel des soins de santé dans les différentes provinces, ainsi que l'aptitude de celles-ci à lever les impôts, devraient certainement entrer en ligne de compte. Ainsi, les provinces nanties où les coûts des soins de santé sont moyens ne devraient pas toucher autant du gouvernement fédéral que les provinces plus pauvres où les coûts sont supérieurs.

M. Epp (Provencher): Il y a certainement moyen de déterminer les coûts par province au titre du Régime d'assistance publique du Canada, ainsi qu'au titre des soins de santé. Je n'ai pas les chiffres sur moi, mais il y aura certainement moyen de les obtenir. Ils ont d'ailleurs été publiés en ce qui concerne la Loi sur la santé.

Pour ce qui est de l'aptitude des provinces à lever l'impôt, je devrais consulter mes fonctionnaires. Le financement des programmes établis . . .

Je vais essayer de vous donner un rapide aperçu de la situation. En ce qui concerne la péréquation, par exemple, le ministère des Finances utilise une formule pour calculer l'aptitude des provinces à lever des impôts par habitant. J'ai essayé de comprendre comment cette formule est appliquée. Toujours est-il qu'elle a été élaborée compte tenu de nombreuses années d'expérience dans le domaine du financement fédéral-provincial. Cette formule pourrait sans doute être perfectionnée, mais toujours est-il qu'elle existe. Je ne pourrais

[Texte]

have the formula at my fingertips right now. Maybe someone else does, but I do not think really it is that important. The principle of the formula you describe is used in determining the amount of money a province, per capita, is able to produce.

The Chairman: Thank you, Mr. Duguay.

Mrs. Mitchell, and then Mrs. Bertrand.

Ms Mitchell: Thank you, Mr. Chairman.

I want to ask some questions related to day care. As the Minister probably knows, as I understand it, the urgent problem in the whole area of day care is the need for both more day care spaces, which means opening more day care centres, and also expanding perhaps some of the family day care spaces. It also needs adjustment to fees so people who really need day care can take advantage of it. I know that some of the women in my riding, for example, cannot afford the fees, which have gone up, and therefore remain on welfare, and it gets back to the incentive thing you were mentioning also for people on welfare.

• 2105

From the remarks the Minister made earlier, and also in looking over some of the material from the meetings with the Ministers, it appears that you are really favouring, or may favour, moving towards more federal funding... shared funding for commercial profit-making day care, and that means there are already centres in existence, I assume, in some cases. As you probably know, most day care, child development, experts have a lot of real concern about the whole move to commercialization of child care without adequate standards and assurances and so on. And I wonder if this is something you have an inclination to support. Certainly I would hope not. But also, from a financial point of view, it really would not make sense it seems to me to take money to help share the costs of commercial day care which, in the wealthier provinces, would be something like \$75 million to \$100 million possibly going to wealthy provinces when we really need that money to expand day care.

The second question I have related to day care is from the long-term planning point of view. As you probably know, the day care advocacy groups, which have representation from credible groups right across the country, feel pretty strongly that they would like to see a move in the direction of taking day care out of the welfare system and taking the label of "welfare" off it. Because it is a general need of the population and should be available with it having to go through the Canada Assistance Plan. I wonder what you feel about that, and I know it would mean some major changes probably related to the task force proposals. Also what is happening with the task force?

Mr. Epp (Provencher): First of all, Mrs. Mitchell, as to proponents of day care, and when you say it is needed, you are right. There is no question but that it is needed. Society is changing and has changed and, especially, for many women or families where both parents are in the labour force, day care is

[Traduction]

pas vous dire exactement en quoi elle consiste, et ce n'est d'ailleurs pas l'essentiel. Ce qui compte, c'est qu'une formule est effectivement utilisée pour savoir combien les différentes provinces peuvent lever d'impôts par habitant.

Le président: Merci, monsieur Duguay.

M^{me} Mitchell et, ensuite, M^{me} Bertrand.

Mme Mitchell: Merci, monsieur le président.

Je voudrais vous poser quelques questions concernant les garderies d'enfants. Vous n'êtes pas sans savoir, bien entendu, que ce qu'il faut avant tout, c'est de pouvoir disposer de plus de places dans les garderies, ce qui veut dire, bien entendu, qu'il faudrait ouvrir de nouvelles garderies tout en augmentant le nombre de places disponibles dans les garderies privées. De plus, les tarifs devront être modifiés afin que ceux qui en ont le plus besoin puissent y avoir accès. Ainsi, dans ma circonscription, il y a des femmes qui ne peuvent pas payer les garderies, dont le tarif a augmenté; elles sont donc obligées de continuer à vivre de l'assistance sociale. Donc, la question de l'encouragement, valable pour la santé et les études supérieures, l'est également pour l'assistance sociale.

D'après les déclarations récentes du ministre, ainsi que les conclusions de ses entretiens avec ses homologues provinciaux, vous auriez décidé de contribuer désormais davantage aux garderies d'enfants commerciales, ce qui voudrait dire qu'il en existe d'ores et déjà dans certaines villes. Or, la plupart des spécialistes du développement des enfants estiment que la commercialisation croissante des garderies d'enfants serait dangereuse si elle n'était pas assortie de normes et de garanties suffisantes. J'espère pour ma part que vous n'êtes pas partisan des garderies commerciales. D'ailleurs, du point de vue purement financier, cela n'aurait aucun sens de financer ne serait-ce qu'en partie les garderies commerciales, ce qui voudrait dire que 75 à 100 millions de dollars seraient versés à ce titre aux provinces les plus riches, alors qu'en réalité, cet argent devrait servir à étendre l'ensemble du réseau des garderies d'enfants.

Ma deuxième question concernant les garderies touche à la planification à long terme. Les partisans des garderies, qui représentent toutes les régions du pays, sont fermement convaincus qu'on devrait cesser d'assimiler garderies d'enfants et assistance sociale. Les garderies d'enfants étant un besoin universel, on devrait pouvoir y avoir recours sans être obligé de passer par l'assistance sociale. Je voudrais savoir quelle est votre attitude à cet égard, car cela exigerait sans doute qu'on apporte des modifications de fond aux propositions du groupe de travail. D'ailleurs, où en est au juste le groupe de travail?

M. Epp (Provencher): Il ne fait en effet aucun doute que la société a besoin de garderies d'enfants. La société a en effet beaucoup évolué, si bien que les garderies sont nécessaires pour les femmes qui travaillent, ou encore pour les familles dont les deux parents travaillent. Donc, là-dessus, je suis tout à fait

[Text]

needed. I agree with you on that point. We have the whole range of advocacy on day care all the way from where day care should be a universal program, similar to public education, to the other point where day care should only be provided if people "can afford to put their children in that kind of a facility".

I think all of us recognize that both extremes are unacceptable. And when I use the word "extreme" on the first—that is, on a universal plan—whether it is the provinces or the federal government, there is just not enough public money to develop a universal day-care system in the country. All of us recognize that.

Additionally, what I want to say is, and I am not trying to remove any responsibilities I have, but the provinces very much feel that they have the primary responsibility in day care. And that being the case, there are different configurations in the provinces. Some have accepted proprietary day care as an element of their total day care package, while others have not. If you are asking me if I am biased, I have no bias against proprietary day care. If they can provide facilities—and I know the limited amount of money in the public sector—I do not have a bias against it. I know that some provinces and from what I have heard you say, maybe you lean the other way, which is that you do not want to see any day care other than public day care.

Ms Mitchell: No, that is not . . .

Mr. Epp (Provencher): And if I am misinterpreting then . . .

Ms Mitchell: Commercial day care; day care for profit.

Mr. Epp (Provencher): Well, we can argue that point, I guess, as well, because we would have to define "profit" in that case. But the point which has to be made, and I have found that, when I speak to day-care advocates, while they may have their own particular viewpoint on what type of day care there should be, all of them recognize that we need more spaces, and that we should not foreclose the ability to get more spaces by a system which would be restricted to one or the other. Again, the provinces will decide as to what system they want to go or want to use.

Regarding the task force, the terms of reference for the task force, I would suggest, are in their final form now. And it is my intention to have the task force's terms of reference and its constitution presented to the House before we rise for summer. Some of you might find yourselves, if your parties choose to have you as members of that task force. I look forward to your recommendations.

• 2110

Ms Mitchell: Are we going to travel all summer?

Mrs. Bertrand: Mr. Minister, in the estimates under vote 1, on the departmental administration program, there are a few initiatives the department . . . could you elaborate on the first one, which is to prepare a comprehensive analysis of federal policies as they affect the social security of Canadian families?

[Translation]

d'accord avec vous. Il y a ceux qui voudraient faire des garderies d'enfants un programme universel comme l'éducation et ceux, au contraire, qui estiment que les garderies d'enfants devraient exister uniquement pour les personnes qui ont de quoi les payer.

Comme d'habitude, les deux extrêmes ne sont pas valables. En effet, quand je dis de la première option que c'est un extrême, c'est parce que ni le trésor fédéral ni les trésors provinciaux n'auraient de quoi instituer un régime universel de garderies d'enfants dans le pays.

Ce n'est pas que je cherche à minimiser mes responsabilités, mais le fait est que les provinces sont d'avis que les garderies d'enfants sont essentiellement de leur ressort. Les provinces ont d'ailleurs différentes attitudes à cet égard. Dans certaines provinces, les garderies commerciales font partie de l'ensemble du réseau, ce qui n'est pas le cas dans d'autres. En principe, je n'ai rien contre les garderies commerciales qui répondent à une certaine demande à une époque où les caisses de l'État sont loin d'être pleines. Par contre, certaines provinces sont en principe contre les garderies commerciales, ce qui semble être votre point de vue.

Mme Mitchell: Non, ce n'est pas ce que j'ai dit.

M. Epp (Provencher): Peut-être vous ai-je mal compris.

Mme Mitchell: Je parle des garderies commerciales dont l'objet est de réaliser des bénéfices.

M. Epp (Provencher): Dans ce cas, il s'agit de savoir ce que vous entendez par bénéfices. Quoi qu'il en soit, les partisans des garderies d'enfants, indépendamment du type de garderies qu'ils préconisent, sont d'accord pour dire que l'essentiel, c'est d'obtenir plus de places, et non pas de les limiter en optant pour tel système plutôt que pour tel autre. Toujours est-il que ce sera aux provinces de décider quel système elles préfèrent.

Pour ce qui est du groupe de travail, on est en train de mettre la dernière main à ses attributions. Je compte d'ailleurs déposer à la Chambre, avant les vacances d'été, les attributions, ainsi que la constitution, du groupe de travail. Si vos partis en décident certains parmi vous seront peut-être membres de ce groupe de travail. J'ai hâte de voir vos recommandations.

Mme Mitchell: Allons-nous voyager tout l'été?

Mme Bertrand: Monsieur le ministre, au premier crédit du budget, Programme de l'administration centrale figurent quelques initiatives du ministère . . . pourriez-vous nous donner des précisions sur la première initiative, c'est-à-dire préparer une analyse exhaustive des politiques fédérales ayant une incidence sur la sécurité sociale des familles canadiennes. Je

[Texte]

Maybe you could talk for an hour on that, but just the terms of reference . . .

Mr. Epp (Provencher): Very quickly, we are constantly analysing programs within the department. I think we have to do that. When the government came into office a number of programs such as the CAP—it has been mentioned already—were examined by the Nielsen task force. A lot of us said in opposition we wanted more flexibility. But in general terms it is an ongoing program of analysis of whether or not the programs the department delivers are effective.

Mrs. Bertrand: So when you say “programs”, are they all for the elderly, for women . . .

Mr. Epp (Provencher): *Exactement.*

Mrs. Bertrand:—for all the children’s . . . for all programs?

Mr. Epp (Provencher): *Exactement.* Yes.

M. Malépart: Merci, monsieur le président. Je vais continuer quelque peu sur le crédit d’impôt pour enfants.

J’ai les textes ici, monsieur le ministre, et à la page 47 il est écrit noir sur blanc que le crédit d’impôt pour enfants sera indexé sur la hausse de l’indice des prix à la consommation diminué de 3 p. 100. Je pense donc qu’en plus des personnes âgées qui sont attaquées, les personnes les plus pauvres, les familles les plus pauvres sont attaquées à ce niveau-là, également.

Je pense que là-dessus, sur le Livre bleu, et monsieur le président vous pourrez me corriger si j’ai tort, il y a eu 92 groupes ou personnes qui sont venus témoigner et qui ont fait confiance au ministre, au premier ministre; ils ont été invités pour être consultés et recommander au gouvernement des orientations. Premièrement, on leur avait fait part que rien pour les personnes âgées ne serait modifié, ce qui n’est pas le cas, car on a vu dans le Budget qu’il y a eu des modifications sans consultations; deuxièmement, en ce qui concerne les allocations familiales, j’aimerais que le ministre m’identifie quel groupe est venu ici ou qu’il a consulté et qui a recommandé la diminution de l’indexation des allocations familiales, les changements qu’on retrouve là.

J’ai relu les mémoires qui ont été soumis par les groupes ici, à moins que j’en aie manqués, mais je n’ai vu aucun groupe qui recommandait une chose comme celle-là. J’ai vu des gens qui recommandaient l’opposé. J’aimerais peut-être que le ministre m’identifie les groupes qui sont d’une certaine importance et qui ont recommandé d’avoir des modifications au niveau des allocations familiales.

Mr. Epp (Provencher): On the general principle, Mr. Malépart, when you asked about social agencies, that there should be a reduction on the child tax exemption, there was general agreement that the savings from that change should be applied to those in greatest need and that the best instrument was the child tax credit. The budget has done that. It might be a different model from the one you favour. That is obviously

[Traduction]

suis certaine que vous pourrez en parler pendant une heure, mais seulement les termes de référence . . .

M. Epp (Provencher): Très brièvement, nous sommes constamment en train d’analyser des programmes du ministère. À mon avis, il faut le faire. Quand le gouvernement a pris le pouvoir, un bon nombre de programmes tel que le Régime d’assistance publique du Canada—comme je l’ai déjà dit—ont été étudiés par le groupe de travail Nielsen. Quand nous faisons partie de l’opposition nous avons dit que nous voulions plus de souplesse. En termes généraux, c’est une analyse pour savoir si les programmes exécutés par le ministère sont efficaces.

Mme Bertrand: Donc, quand vous dites «programmes», vous parlez des programmes destinés aux personnes âgées, aux femmes . . .

M. Epp (Provencher): *Exactly.*

Mme Bertrand: . . . aux enfants . . . de tous les programmes?

M. Epp (Provencher): *Exactly.* Oui.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman. I will continue for a while on the child tax credit.

I have texts here, Mr. Minister, and on page 47 it is stated in black and white that the child tax credit will be indexed on any increase in the consumer price index over 3%. I therefore feel that besides the elderly people who are attacked, the poor people, and the poorest families are also attacked.

I also think in the blue book, and Mr. Chairman, correct me if I am wrong, 92 groups or persons appeared as witnesses and they believed in the Minister and the Prime Minister; they were invited so that they could be consulted and make recommendations to the government. First of all, they were told that nothing would be changed for elderly people, which is not the case, because we saw in the budget that there were changes without any consultation. Secondly, with respect to family allowances, I would like the Minister to tell me what group came here, or what group he consulted, that recommended a decrease in the indexation for family allowances and the changes that we find there.

I have re-read the briefs that were submitted by these groups, and unless I missed some, I do not find any group who recommended such a thing. I found people who recommended the opposite. I would like the Minister to identify for me groups of any size who recommended changes in family allowances.

M. Epp (Provencher): Pour ce qui est du principe de base, monsieur Malépart, quand vous avez parlé des agences sociales, et d’une réduction dans le crédit d’impôt pour enfants, il était convenu que les économies seraient versées à ceux qui en ont le plus besoin, et la meilleure façon de le faire c’était par le crédit d’impôt pour enfants. Le budget l’a fait. Ce n’est peut-être pas le modèle que vous auriez choisi. Vous ne

[Text]

an opinion you might hold. But there was general agreement along those lines.

So if you are asking me what groups, it is important for the government to listen to that testimony. We did that. Then, on the basis of the financial situation as well, knowing that reality, which other groups obviously could not know to the same degree the government did, the decision was taken to include it in the budget as it was.

M. Malépart: Je pense que le ministre a été habile dans sa réponse en ce qui concerne une partie tout au moins, mais il n'a pas répondu à ma question. Personnellement, je n'ai pas vu de groupe qui ait recommandé de modifier l'indexation et de diminuer de 3 p. 100 les montants d'argent concernant la hausse de l'inflation. Le ministre sait très bien que le savon, le dentifrice, qui seront dorénavant taxés, sont des choses essentielles et que les personnes âgées devront payer cette taxe. Les décisions du gouvernement vont faire augmenter le taux d'inflation. Le gouvernement fait augmenter les prix à la consommation, mais il laisse les gens absorber complètement cette augmentation.

• 2115

Je reviens au crédit d'impôt pour enfants. Si le crédit d'impôt pour enfants est indexé moins 3 p. 100 et que les allocations familiales sont elles aussi indexées moins 3 p. 100, les familles pauvres vont être davantage pénalisées que les autres. Le ministre a-t-il l'intention de demander au ministre des Finances de corriger cette situation-là? Je ne blâme pas le ministre, car j'ai un peu l'expérience de ces choses. Je sais très bien qu'il y a des décisions qui se prennent sans que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social soit consulté. Le ministre des Finances doit faire son Budget dans le secret. Cependant, je pense qu'il serait avantageux pour ces gens-là que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social demande au ministre des Finances de maintenir la pleine indexation du crédit d'impôt pour enfants. Je pense bien que le ministre aurait en cela l'appui de tous les membres du Comité. Déjà ces familles vont être pénalisées au niveau de l'allocation de base. Il ne faudrait pas les pénaliser une deuxième fois.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I want to disabuse Mr. Malépart of any feeling that it is only the Finance Minister's budget. It is the budget of the Government of Canada. As a member of Cabinet, I support that budget.

That budget does one thing especially, which all of us have said in the past we have to do, and that is create long-term permanent jobs. If huge deficits in fact created jobs, then I ask you the question: Why when in 1968 we had a \$17 billion accumulated deficit, and when we look at today's accumulated deficit in excess of \$180 billion, do we have 1.4 million unemployed when we are running an annualized deficit of \$35 billion? So anyone who gives me the theory that by spending more and having a greater deficit and having more money spent on debt financing that somehow we create jobs, that simply does not stand the test of credibility. It just has not worked.

[Translation]

partagez pas peut-être cette opinion. Mais il y a eu consensus à cet égard.

Si vous me demandez quels groupes l'ont recommandé, je vous dis qu'il est important que le gouvernement écoute le témoignage. Nous l'avons fait. Ensuite, en nous appuyant sur la situation financière, et sur la réalité, dont les groupes ne sont pas si bien saisis que le gouvernement, nous avons pris notre décision de l'incorporer dans le budget tel quel.

Mr. Malépart: I think the Minister was very clever in his answer, at least for one portion, but he did not answer my question. Personally, I did not see any group who recommended a change in the indexation and a 3% decrease in sums of money to reflect an increase in inflation. The Minister knows very well that soap, tooth paste, which will be taxed from now on are essential items and that all persons will have to pay this tax. The government's decision will increase the inflation rate. The government is responsible for consumer price increases, but lets the people absorb this whole increase.

I am coming back to the child tax credit. If the child tax credit is indexed less 3 per cent and if family allowances are also indexed less 3 per cent, the lower income families will be penalized more than others. Is it the intention of the Minister to ask the Minister of Finance to remedy this situation? I do not blame the Minister, because I have some experience of these matters. I know very well that there are decisions taken without consulting the Minister of National Health and Welfare. The Minister of Finance has to prepare his budget secretly. However, I think it would be advantageous for these people that the Minister of National Health and Welfare ask the Minister of Finance to maintain the full indexation of the child tax credit. I think the Minister would have the support of all committee members. These families are already penalized as far as the basic allowance goes. They should not be penalized twice.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je tiens à dissiper l'impression de M. Malépart qu'il s'agit uniquement du budget du ministre des Finances. C'est le budget du gouvernement du Canada et à titre de membre du Cabinet, j'appuie ce budget.

Ce budget fait surtout une chose, que nous avons tous dit que nous devons faire par le passé, soit créer des emplois permanents à long terme. S'il est vrai que les déficits énormes créent des emplois, alors je vous pose la question suivante: Comment ce fait-il qu'en 1968 nous avions un déficit accumulé de 17 milliards de dollars et qu'aujourd'hui avec un déficit accumulé dépassant les 180 milliards de dollars nous ayons 1,4 millions de chômeurs alors que notre déficit annualisé est de 35 milliards de dollars? Donc, si on se sert la théorie qu'en dépensant plus et ayant un plus grand déficit, en ayant plus d'argent à dépenser sur le financement de la dette que nous créons des emplois, cette réponse n'est pas crédible. Cela n'a tout simplement pas marché.

[Texte]

And surely the best we can offer Canadians is long-term permanent jobs that are based on productivity, that are based on products that Canadians want and need and will buy. That surely is a better approach than to constantly say, whether it is deficit financing, that there has to be money that is simply available without pain. Anyone who says that you can reverse that kind of a mentality without any adjustment is fooling himself or herself. You cannot do it.

Before Mr. Malépart came in, I read Mr. Axworthy's statements regarding the 6 and 5. I have more if he wants to hear some more of his Liberal colleagues about 6 and 5. I can talk about Mr. Johnston's statements, who is one of their finance critics. I could read that into the record. I will spare him the agony.

But the point I make to him is that if any of them feel that deficit financing is the best way to protect the poor, the answer is no. It is simply no, because today we are spending more money in servicing the debt on an annual basis than I can spend for the federal share of health care, old age pension, and GIS combined. If we can reduce that cost by 25%, I have 50% more money for the federal share of health care, or I have 50% more money for old age pensions, or a combination thereof, or a reduction of the debt.

So please, you can have your own theories, but look reality straight in the face, as some of your own colleagues did in 1982 when they looked at the 6 and 5, and say quite bluntly, it has not worked and the only way we are going to change that is by getting productive again and protecting the very jobs and the very programs that we want.

Surely if you take a look at the program today, it is unsustainable that the largest, single account in the accounts of Canada is debt financing. That is what we are facing, not as a Government of Canada, but as Canadians, and it is about time that some people wake up to that reality, because if we do not do that, then the reality will be in a few years down the road. Today some people feel these very debts can go away by magic or by shaking some tree and that some money is going to float from some people without any pain to the rest of us, and it is just not realistic.

• 2120

The Chairman: Mr. Malépart, I will come back to you. I am sure the committee wants to hear you. We will come back to you after Mrs. Mitchell.

M. Malépart: Vous allez me donner le temps. Il m'a ouvert la porte.

Ms Mitchell: I would like to comment on that particular topic. Since we need a lot more money for social services, it would be nice to have that \$2 billion you are giving to the oil companies, and it would have been nice also to have a minimum tax right now so we could get more money into the kitty

[Traduction]

Ce que nous pouvons offrir de mieux aux Canadiens ce sont sûrement des emplois permanents à long terme basés sur la productivité, sur les produits que des Canadiens désirent, dont ils ont besoin et qu'ils achèteront. C'est certainement une meilleure démarche que de dire constamment qu'il faut pouvoir disposer de l'argent, sans problèmes, même si c'est au prix du déficit. Quiconque prétend pouvoir changer cette mentalité sans apporter d'ajustement se leurre. C'est impossible.

Avant l'arrivée de M. Malépart, j'ai lu les déclarations de M. Axworthy concernant les 6 et 5. Je puis en lire davantage s'il veut entendre les propos de son collègue libéral au sujet des 6 et 5. Je peux parler des déclarations de M. Johnston, l'un de leurs critiques financiers. Je pourrais en faire lecture pour le compte rendu. Mais je lui épargnerai cette agonie.

Ce que je tiens à faire comprendre c'est que si l'on croit que le financement déficitaire est la meilleure façon de protéger le pauvre, ma réponse est non. C'est simplement non, car aujourd'hui nous dépensons davantage pour le service de la dette sur une base annuelle que je puis dépenser pour la part fédérale des soins de santé, de la pension de vieillesse et du SRG combinés. Si nous pouvons réduire ce coût de 25 p. 100, alors je dispose de 50 p. 100 de plus d'argent pour la part fédérale des soins de santé ou pour les pensions de vieillesse, ou une combinaison des deux ou une réduction de la dette.

Vous pouvez avoir vos propres théories, mais regardez les réalités en face, comme certains de vos collègues l'ont fait en 1982 lorsqu'ils ont envisagé les 6 et 5 et ont dit très carrément que cela n'avait pas marché. La seule façon que nous pouvons changer les choses c'est en devenant productif à nouveau, en protégeant les emplois et les programmes même auxquels nous tenons.

Sûrement, si l'on regarde les programmes que nous avons aujourd'hui, il est tout à fait indéfendable que le compte le plus important au Canada soit celui du financement de la dette. Voilà où nous en sommes, pas en tant que gouvernement canadien, mais en tant que Canadiens et il est temps que les gens s'éveillent à cette réalité, car si nous ne voulons pas cela, alors il faudra faire face à la réalité d'ici quelques années. De nos jours certaines personnes pensent que ces dettes peuvent disparaître par magie ou que l'argent pousse dans les arbres et qu'on peut donner de l'argent à certaines personnes sans que le reste d'entre nous en soit affecté, c'est tout simplement irréaliste.

Le président: Monsieur Malépart, je reviendrai à vous. Je suis sûr que le Comité veut vous entendre. Vous aurez la parole après M^{me} Mitchell.

Mr. Malépart: You will give me some time because he has opened the door.

Mme Mitchell: Je voudrais commenter ce sujet en particulier. Comme nous avons besoin de beaucoup plus d'argent pour les services sociaux, ce serait bien si nous pouvions avoir ces 2 milliards de dollars que vous donnez aux compagnies pétrolières et ce serait bien également d'avoir immédiatement un

[Text]

and could up the child tax credit. But those are things that apparently do not count from this government's point of view.

This time I want to concentrate on the whole question of battered women and transition houses and shelters. I know the Minister is aware of the real difficulty both in having enough services of this kind and also in funding them and making it flexible enough to meet the needs. There are shelters across Canada that are closing because they simply do not have adequate funding for operating costs. We need more funds. Through CMHC they have done some work; I would like to see more for actually providing the start-up funds and the building itself.

I think it is tremendously important that it is women working in these centres that are largely working as very minimum-paid people, many of them almost as volunteers, who are getting burned out and so on and eventually having to close the door. The whole question of not only having operating funds to keep going, but also this ridiculous kind of needs test, which I gather is really an income test imposed on centres, makes it impossible for them to do their jobs. The criteria for need is surely the fact that they have been battered. For anybody coming across that threshold who has been battered and whose life and health is threatened and that of their children, surely there should not be any question of having a needs test.

I have visited centres in your own province, where they will take a woman maybe for a couple of days; but if she does not qualify for welfare because maybe her husband has a bit of money or something, she is out the door. This is ridiculous, and I would like to know what is going to be done about that. Also, I would also like to remind you—I think it was in the Throne Speech—that there was a real commitment for the federal government to take leadership in this.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, what Mrs. Mitchell says is realistic and is fair comment. The Throne Speech did give a commitment to the federal government wanting to move forward on family violence. I do not have to remind the member also of the Badgeley report on the same topic.

I will get to her question and I will try to be brief. First of all, many of the recommendations in the Badgeley report, while they affected health and welfare to some degree, related directly to justice. So an interdepartmental committee has been established, headed by Justice, to try to respond as adequately as we can to Badgeley.

Second, regarding family violence and the very question you raise, that matter was discussed by the provinces on the day prior to the federal-provincial meeting. All of us indicated that the matter of how we best deliver the service has to be addressed, and that was another reason why I looked at CAP and whether or not we could build in flexibility there.

[Translation]

impôt minimum afin de financer la caisse et d'offrir un crédit d'impôt pour enfant. Mais apparemment, ce sont là des choses qui ne comptent pas du point de vue de ce gouvernement.

Pour l'instant je me limiterai à la question des femmes battues, des maisons de transition et d'accueil. Le ministre connaît les difficultés réelles qu'il y a à offrir ces services en nombres suffisants, à les financer et à les rendre suffisamment souples pour répondre aux besoins. Partout au Canada on voit des fermetures de maisons d'accueil simplement parce qu'il manque de financement adéquat pour leurs frais généraux. Nous avons besoin de plus d'argent. Certains efforts ont été faits par le truchement de la SCHL, et je voudrais qu'il y en aient davantage pour fournir les fonds de mises en chantier et pour la construction comme telle.

Il y a un fait d'une importance capitale c'est que ce sont des femmes qui travaillent dans ces centres de façon générale au salaire minimum, beaucoup comme volontaires presque, qui le font jusqu'à l'épuisement qui, en fin de compte, doivent fermer les portes. Il n'y a pas que la question du manque de financement, mais aussi ce ridicule examen des besoins, fondé sur le revenu, que l'on impose aux centres ce qui leur rend la tâche impossible. Le critère c'est sûrement le fait des femmes battues. Il ne devrait certainement pas être question d'évaluation des besoins pour quiconque a franchi ce seuil, qui a été battu, dont la vie et la santé étaient menacées ainsi que celle de ses enfants.

J'ai visité les centres de notre propre province où on accepte une femme pour quelques jours, mais si elle n'est pas admissible à l'assurance-chômage parce que son mari a un peu d'argent ou à cause d'autre chose, elle est dans la rue. C'est une situation ridicule et je voudrais savoir ce qui va se faire à ce sujet. Je tiens également à vous rappeler—je crois que c'était dans le discours du Trône—que le gouvernement fédéral a pris l'engagement réel de faire preuve de leadership dans ce domaine.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, les commentaires de M^{me} Mitchell sont réalistes et justes. Le discours du Trône contenait un engagement du gouvernement fédéral d'agir dans le domaine de la violence familiale. Je n'ai pas non plus à rappeler au député le rapport Badgeley portant sur la même question.

J'arrive à sa question et j'essaierai d'être bref. D'abord, plusieurs des recommandations du rapport Badgeley, quoique portant dans une certaine mesure sur les questions de santé et de bien-être, étaient reliées directement à la justice. Donc, pour essayer de répondre aussi bien que possible au rapport Badgeley, nous avons créé un comité interministériel.

Deuxièmement, au sujet de la violence familiale et de la question même que vous posez, cela a fait l'objet de discussions par les provinces la journée précédant la réunion fédérale-provinciale. Nous avons tous dit qu'il fallait s'attaquer à la meilleure façon dont nous pouvons offrir les services et c'est une autre raison pour laquelle je me suis penché sur le RAPC pour voir si nous ne pouvions pas le rendre plus souple.

[Texte]

I agree with you absolutely that the needs test—that is, a financial needs test—has no relationship to the reality of the woman presenting herself at a transition house or whatever term we want to give it. I do not like it; I think it has no reflection to her reality at that point in time. I want to see changes along that line, and I have said to the provinces quite clearly and to other groups I have met who are running these homes through voluntary agencies, as you have indicated as well: Give us the example of how we can be most helpful, and I will consider those recommendations.

Ms Mitchell: May I ask . . .

The Chairman: Mrs. Mitchell, very, very briefly.

Ms Mitchell: Yes, I just wondered if you have been considering the special report done in the territories on the whole question of family violence and whether or not the federal government is going to assist in any special initiatives there. There has been quite a comprehensive task force report out fairly recently, I believe.

Mr. Epp (Provencher): That one did not relate to the Yukon Territory, which . . .

• 2125

Ms Mitchell: No, that was in the Northwest Territories.

Mr. Epp (Provencher): If I remember, there was the one, if we want to go back to when the northern pipeline . . .

Ms Mitchell: This has just been done very recently.

Mr. Epp (Provencher): I am sorry, I am not familiar with it.

Ms Mitchell: I would ask that you and the departmental officials look at that.

Mr. Epp (Provencher): I will familiarize myself with it.

Ms Mitchell: I think the increase in violence in the Territories is particularly bad, and would hope the federal government could assist perhaps directly, since it is territorial.

Mr. Epp (Provencher): Thank you for drawing it to my attention. I will familiarize myself with it. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell.

Mr. Malépart, five minutes. This will be the end of the questioning; I see no other hands. It will be 9.30. Mr. Malépart, five minutes.

M. Malépart: Monsieur le président, personnellement je ne suis pas pressé, je suis un gars qui a une assez bonne condition physique et je peux passer la nuit. Je suis tenace! Comme le ministre a ouvert le débat . . . Mais il me reste encore beaucoup de questions à poser concernant le Québec. Je dois dire cependant au ministre, concernant son argument, que ce n'était pas très fort. Il parlait comme le président de la banque, l'ami de M. Wilson et de M. Mulroney, qui était retraité et dont M. Wilson nous dit qu'il a rencontré des personnes âgées qui lui ont dit., oui, je suis prêt à faire un sacrifice de 3 p. 100 sur l'indexation de ma pension de vieillesse. «Tu viens de me

[Traduction]

Je conviens tout à fait avec vous que l'examen du besoin—c'est-à-dire le besoin financier—n'a absolument rien à voir avec la situation des femmes qui se présentent à une maison de transition ou peu importe comment nous l'appelons. Je n'aime pas cela, je pense que ça ne reflète aucunement sa situation à ce moment-là. Je veux voir des changements dans ce sens et j'ai dit très clairement aux provinces et à d'autres groupes que j'ai rencontrés qui s'occupent de ces maisons par le truchement d'agences parlementaires, comme vous l'avez si bien dit: montre-nous comment nous pouvons être le plus utile et j'étudierai ces recommandations.

Mme Mitchell: Puis-je demander . . .

Le président: Très très brièvement, madame Mitchell.

Mme Mitchell: Avez-vous étudié le rapport spécial effectué sur la question de la violence familiale dans les territoires et est-ce que le gouvernement fédéral va fournir son aide sous forme d'initiatives spéciales. Je pense que récemment on a publié un rapport très complet et un groupe de travail.

M. Epp (Provencher): Ce rapport ne portait pas sur le Territoire du Yukon, qui . . .

Mme Mitchell: Non, c'était aux Territoires du Nord-Ouest.

M. Epp (Provencher): Si je me souviens bien, il y avait une étude, au moment où le gazoduc du nord . . .

Mme Mitchell: Je parle d'une étude récente.

M. Epp (Provencher): Je suis désolé, je ne suis pas au courant.

Mme Mitchell: Je vous demanderai à vous et à vos fonctionnaires de l'examiner.

M. Epp (Provencher): Je me mettrai au courant.

Mme Mitchell: J'estime que l'augmentation du taux de violence aux Territoires est très forte, et j'espère que le gouvernement fédéral pourra intervenir directement, étant donné qu'il s'agit des Territoires.

M. Epp (Provencher): Merci de l'avoir porté à mon attention. Je me mettrai au courant. Merci.

Le président: Merci, madame Mitchell.

Monsieur Malépart, vous avez cinq minutes. C'est la fin de la période des questions, et je ne vois pas d'autres signes. Nous terminerons donc à 21h30. Monsieur Malépart, cinq minutes.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I personally am not in a hurry, I am in very good physical condition and I can spend the whole night. I am very persistent! Since the Minister opened the debate . . . However, I still have a lot of questions to ask about Quebec. I must tell the Minister, however, that his argument is not very strong. He talks like the president of the bank, the friend of Mr. Wilson or Mr. Mulroney, who is retired, and when Mr. Wilson told us that he met with elderly people who told him they were prepared to sacrifice 3% on the indexation of their old age pension, this president said: "You have just given me a lovely present of \$125,000 in capital

[Text]

donner un beau cadeau de 125,000\$ en gains de capital. Je voulais justement vendre mon chalet puis m'acheter un «condo» en Floride!»

Les personnes âgées que je rencontre, moi, ce ne sont pas des personnes âgées qui peuvent bénéficier de gain de capital, monsieur le ministre, ce sont des personnes âgées qui vivent soit avec le supplément de revenu garanti, ou qui ont 5 à 10\$ de plus et qui ne sont pas admissibles au supplément de revenu garanti, parce qu'elles ont une pension privée, elles ont travaillé, et que là elles se voient pénalisées. En ce qui concerne l'argumentation, je pense que tout le monde est d'accord avec vous aussi, personne ne se dit qu'on ne doit pas réduire le déficit. Mais ce sont les moyens que vous avez pris et les personnes que vous attaquez! C'est avec ça que nous ne sommes pas d'accord.

Vous avez parlé de la politique du 6-5; je pense que cette politique a réussi, car cela devait faire descendre l'inflation, et je pense que l'inflation a bien baissé. Si vous voulez je peux vous suggérer des endroits où vous auriez dû économiser. Premièrement, vous n'auriez pas dû gaspiller 56 millions de dollars simplement pour changer la couleur des uniformes des militaires et pour plaire au premier ministre pour qui, c'est l'habit qui fait le moine; deuxièmement, au lieu de respecter les engagements faits à l'OTAN, vous auriez dû respecter vos engagements faits à l'endroit de la population canadienne au lieu de gaspiller 100 millions de dollars par année pour envoyer 1,000 militaires à Lahr et qui vont dépenser de l'argent en Allemagne, ce qui ne créera aucune «job» ici au Canada; troisièmement, au lieu de donner aux multinationales du pétrole—je comprends que vous êtes un type de l'Ouest, cela va être intéressant pour vous, mais pour nous de l'Est, les gens du Québec, vous auriez pu donner 1.5 milliard de dollars en cadeau, et peut-être ne pas augmenter autant le prix de l'essence!

Ensuite, vous avez donné des gains de capitaux aux personnes les plus fortunées, et ce ne sont pas les pauvres. J'aimerais vous dire quant au déficit, lorsque vous attaquez les personnes âgées—j'ai une personne de 85 ans dans mon comté qui me dit, monsieur Malépart, demandez donc au ministre de la Santé... moi, j'ai été élevé dans les années difficiles; je me suis marié dans les années de la crise; je me suis sacrifié pour élever mes enfants, à les éduquer dans le temps où il fallait payer... J'ai éduqué mes enfants, je me suis sacrifié pour les faire soigner dans le temps où l'assurance-santé, et les soins gratuits n'existaient pas. J'ai élevé toute ma famille! Mes enfants sont instruits et aujourd'hui, vous me demandez encore, à moi, de faire des sacrifices pour que les enfants de mes enfants ne payent pas une dette plus tard. Mais qui en a bénéficié de la richesse? Là, je ne demanderais pas à ma mère cela. J'aurais assez de coeur! Ma mère a fait des sacrifices pour m'élever et que je me rende où je suis, et ce dans les temps les plus difficiles... Eh bien je ne demanderais pas à ma mère demain, pour que mes enfants profitent de tous les avantages qu'on a: «Fais un sacrifice pour pas que tes petits enfants aient une dette!» J'aurais assez de coeur pour dire: «Maman, je vais t'aider, puis moi je vais les faire les sacrifices, nous de la génération Wilson, Mulroney, et tout nous autres, qui ont profité de l'abondance!» Ce ne sont pas ces personnes

[Translation]

gains. I plan to sell my cottage and buy a condominium in Florida!"

The elderly people that I meet are not people who can benefit from capital gains, Mr. Minister. They are people who live either with the guaranteed income supplement, or who have \$5 or \$10 more and are, therefore, not eligible for the guaranteed income supplement. They may have a private pension, they have worked very hard, and now they are being penalized. As far as your argument is concerned, I think everyone agrees with you as well, nobody said that we should not reduce the deficit, but it is the way in which you are doing it and the people you attack! That is what we do not agree with.

You talked about the policy of six and five; I believe this policy succeeded, because it was supposed to bring down inflation and I think that inflation has, in fact, decreased. If you like, I can suggest to you places where you might have saved. First of all, you should not have wasted \$56 million simply to change the colour of military uniforms and to please the Prime Minister who feels that it is the suit that makes the man. Secondly, instead of keeping your NATO commitments, you could have kept the commitments you made to Canadians instead of wasting \$100 million per year to send 1,000 soldiers to Lahr, who will spend money in Germany and will not create any jobs here in Canada. Thirdly, instead of giving petroleum to multinationals—I understand that you come from the West, and it must be interesting for you, but for us in the East, people from Quebec—you could have given the \$1.5 billion as a gift, and not increased the cost of fuel!

Then, you gave capital gains to the most advantaged people and not the poorest ones. As for the deficit, I would like to tell you that when you attack elderly people—I have a person 85 years old in my riding who says to me: "Mr. Malépart, ask the Minister of Health... I was raised in very difficult times, I got married in crisis years, I made sacrifices to raise my children, to educate them at a time when we had to pay... I educated my children, I made sacrifices to have them looked after when health insurance and free care did not exist. I raised my whole family! My children are educated and now you are again asking me to make sacrifices so that my grandchildren will not have to pay a debt later on. But who benefited from this wealth?" I would not ask my mother to do this. I have too much heart! My mother made sacrifices to bring me up and get me where I am, and during the most difficult time... in order for my children to benefit from all the advantages that we have, I would not ask my mother tomorrow to make a sacrifice so that her grandchildren will not have debts! I would have a big enough heart to tell my mother that I would help her, that I would make sacrifices, we of the Wilson and Mulroney generation and all the others who have benefited from this abundance! It is not the elderly who are responsible for the deficit and all that. It is not they who benefited from all the advantages, free education, and so

[Texte]

âgées qui sont coupables des déficits et de tout cela. Ce n'est pas eux qui ont bénéficié de tous les avantages, l'instruction gratuite, etc.. J'aurais assez de coeur pour dire que c'est nous, les gens de notre génération, qui allons faire des sacrifices pour pas que ce soit nos parents qui payent et nos familles les plus pauvres.

Je pense que là-dessus, monsieur le ministre, ne nous parlez pas comme un président de banque. Laissez cela au ministre des Finances, et soyez un vrai ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et si vous voulez avoir des exemples de discours, prenez les discours de M^{me} Bégin qui était à votre place auparavant. Et soyez là pour défendre les intérêts des personnes pauvres et non vendre la salade du ministre des Finances.

Pour revenir à mes questions, en ce qui concerne, et je ne vous parlerai pas de l'allocation au conjoint parce qu'on va pouvoir en parler le 4 juin, en ce qui concerne, dis-je, les rencontres avec les provinces, au niveau de ce qu'on appelle le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec, le gouvernement du Québec vous a soumis une proposition, et vous avez mentionné tantôt que le ministre des Finances s'apprête, ou il a déjà annoncé publiquement qu'il voudrait hausser les cotisations.

• 2130

En ce qui concerne le Régime de pensions du Canada, ma question est celle-ci. S'il y a une hausse des cotisations, y aura-t-il une hausse des prestations aux bénéficiaires? Est-ce que les gens seront admissibles au Régime de pensions du Canada à partir de l'âge de 60 ans, comme c'est le cas pour le Régime des rentes du Québec? Quelle est votre position quant à la demande du Québec concernant tous les changements?

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): I think what you are really asking is about the early retirement that the QPP now gives, whether it will be transferable to CPP. Was that your question? The interpreter did not get that, I understand.

M. Malépart: Vous vous préparez à apporter des modifications au Régime de pensions du Canada au niveau de la hausse des cotisations. Est-ce que les bénéficiaires auront droit à une hausse des prestations, comme c'est le cas au Québec? Aussi, abaissera-t-on l'âge d'admissibilité à 60 ans, comme on l'a fait au Québec? Je sais que le gouvernement du Québec vous a soumis une proposition beaucoup plus globale et demande des hausses beaucoup plus importantes. J'aimerais connaître votre point de vue sur la demande du Québec.

Mr. Epp (Provencher): Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Malépart and I can debate a number of these issues for some time and I know I enjoy the debates and I am getting the impression that he probably does as well. But we can argue about priorities. Each one of us has our priorities.

I want to make only one point on what he said. No matter how we finance the programs or whatever programs we have on the pension side or Canada Assistance Plan, and we can

[Traduction]

on . . . I would have a big enough heart to say that it is we, the people of our generation, who are going to make the sacrifices so that our parents and the poorest families do not have to pay.

So, Mr. Minister, please do not talk to us like a bank president. Leave that up to the Minister of Finance, and be the true Minister of National Health and Welfare, and if you would like to have examples of speeches, take the speeches of your predecessor, Miss Bégin. Defend the interest of poor people and do not try to sell us the Minister of Finance's bill of goods.

To return to my questions, and I will not talk about spouse's allowances, because we are going to be able to talk about it on June 4th, but with respect to meetings with the provinces, and with respect to the Canada Pension Plan and the Quebec Pension Plan, the Government of Quebec submitted a proposal, and you mentioned a moment ago that the Minister of Finance is about to, or already has, publicly announced that he is going to increase the contributions.

Here is my question concerning the Canada Pension Plan. If there is an increase in premiums will there be an increase in benefits? Will people be eligible to the Canada Pension Plan starting at age 60 as it is the case for the Quebec Pension Plan? What is your position concerning Quebec's requests on all these changes?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Ce que vous me demandez au sujet de la retraite anticipée, c'est si ce qu'accorde présentement le RRQ sera transférable au RPC. Est-ce que c'était votre question? Je pense que l'interprète n'a pas bien saisi.

Mr. Malépart: You are about to modify the Canada Pension Plan by increasing the premiums. Will there be an increased benefit for the beneficiaries as it is the case in Quebec? Also, will you lower the eligible age to 60 years as it is the case in Quebec? I know that the Quebec government has given you a more global proposal and is asking much more substantial increases. I would like to know your point of view on Quebec's request.

M. Epp (Provencher): Merci, monsieur le président.

Monsieur Malépart et moi pouvons débattre de bon nombre de ces questions pendant longtemps. Je sais que j'aime la discussion et j'ai l'impression qu'il l'apprécie probablement également. Mais nous pouvons débattre des priorités, chacun de nous avons les nôtres.

Je tiens avant tout à donner une précision à ce propos. Peu importe la façon dont nous finançons les programmes ou le programme que nous avons pour les pensions ou le Régime

[Text]

argue on the edges as to where the edges should come, I think we also have to be very careful that our social programs have another element of it and that is the inter-generational responsibility. I have a responsibility, as one who is now in the working force, to contribute part of my salary to those who have retired. It is fundamental to the system. I think all of us understand that and accept that.

Having said that, I think we also have to be careful that in the husbanding of our finances we do not askew the system to such a degree that those people who are young and in the labour force and are also trying to establish themselves, that they feel accepting the inter-generational responsibility does not become so overbearing that they themselves have difficulty making a start and establishing their own homes, their own families and so forth. I think that is a reminder for all of us that we have to keep in mind.

I do not intend to use the example of other countries, because they have their own experiences and their own history. But when I take a look at some countries where we could say well, they have enriched social programs as against what we have in Canada, and I take a look at the marginal tax rate of those in the work force and the marginal tax rate that they have to pay to sustain the program and the points that they start making: Is this right for those of us who want to establish ourselves to maintain that entire financial obligation as well? I think it is as critical for us as a government, for all of us, to understand that social contract, that balance. And we can argue where the balance, where the tipping point is. I accept that. You and I might disagree where that tipping point is. But as long as we agree that there is that social contract and there is that balance to be maintained between programs that are adequate and are right for those who have sacrificed and contributed to the country, as you indicated the sacrifice that had been made by your parents and that generation of which my parents were members as well, and on the other hand, husbanding both the resources and maintaining those programs and the ability to maintain those programs by those who are in the labour force today.

• 2135

That is a constant balance that I have to keep on looking for, all of us have to keep on looking for. So I am aware of that. I am aware of what the budget did. I was aware of it well before the budget was read in the House. I had discussions on it. The bottom line for me was quite simply this: When I looked at the ever increasing cost of servicing the debt, the very programs I, as Minister of Health, want to maintain, I saw down the road—not many years hence—that the balance would be seriously jeopardized. That is why we took the decisions we did. We can criticize the decisions, but I hope we would at least accept the reason they were taken, on the basis of the financial situation that we as a country faced.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister.
Thank you, Mr. Malépart.

[Translation]

d'assistance publique du Canada; nous pouvons débattre des seuils et de la question de savoir où ils devraient se situer et je pense que nous devons faire également très attention à ce que nos programmes sociaux comprennent un élément de responsabilité entre les générations. Présentement, à titre de membre de la population active, j'ai la responsabilité de contribuer pour ceux qui sont à la retraite. C'est fondamental au fonctionnement du système. Je pense que nous devons tous comprendre et accepter cela.

Cela dit, nous devons veiller également à ce que, en surveillant nos finances, nous ne mettons pas le système en danger de telle façon à ce que les jeunes qui sont dans la population active et qui essaient également de s'établir, aient l'impression que cette responsabilité est un trop grand fardeau qui les empêche de s'établir, d'avoir leur propre maison, leur propre famille, etc. C'est un rappel à chacun d'entre nous et nous ne devons pas l'oublier.

Je n'ai pas l'intention de vous donner l'exemple d'autres pays, car ils ont leurs propres expériences et leurs propres histoires. Mais lorsque nous regardons certains pays nous pourrions dire: bien, ils ont amélioré leurs programmes sociaux par rapport au Canada; je regarde quel est leur taux d'imposition marginal et ce qu'ils doivent payer pour financer ce programme et la question qu'ils se posent c'est: est-ce acceptable pour ceux d'entre nous qui voulons nous établir, de devoir également supporter toute cette obligation financière? Je pense qu'il est essentiel que nous, en tant que gouvernement comprenions la portée de ce contrat social, de cet équilibre, et c'est important pour nous tous. On pourrait ne pas être d'accord sur le point d'équilibre. Je l'accepte. Nous pouvons être en désaccord là-dessus. Mais tant que nous convenons qu'il y a ce contrat social, qu'il faut maintenir cet équilibre entre d'une part, établir des programmes qui soient suffisants et justes pour ceux qui se sont sacrifiés et qui ont fait leur part pour ce pays, comme vous l'avez dit, le sacrifice fait par vos parents et par cette génération dont mes parents font partie également, et d'autre part, bien gérer les ressources, maintenir ces programmes ainsi que permettre à ceux d'entre nous qui sont dans la population active présentement, de maintenir ces programmes.

Il y a un équilibre constant que je dois sans cesse rechercher et que nous devons tous sans cesse rechercher. J'en suis donc conscient. Je suis conscient des effets du budget. J'étais au courant bien avant le dépôt du budget en Chambre. J'en avais discuté. Pour moi cela se résumait simplement à ceci: compte tenu du coût sans cesse croissant du service de la dette, j'ai constaté que cet équilibre serait sérieusement en danger d'ici quelques années en ce qui concerne les programmes même que je tiens à conserver comme ministre de la Santé. Voilà pourquoi nous avons pris cette décision. On peut critiquer les décisions, mais j'espère au moins qu'on acceptera les motifs pour lesquels elle a été prise, à savoir, sur la base de la situation financière à laquelle le pays fait face.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre.
Merci, monsieur Malépart.

[Texte]

On behalf of the committee, I would like to thank you and your officials for being with us again tonight.

Mr. Malépart, I am sorry, we indulged you with more time than any other single member and you are not on the committee.

M. Malépart: Pourrait-on répondre à ma question sur le dossier avec le gouvernement du Québec?

The Chairman: I am sorry . . .

Mr. Epp (Provencher): Excuse me, you are right.

The return on the Quebec Pension Plan has been better than the return on the CPP. Quebec, as you know, announced that whether or not there was agreement, they were moving ahead on early retirement to age 60.

Mr. Malépart: It is already.

Mr. Epp (Provencher): It is there right now; it is a fact of life now. What changes there will be to the CPP—I cannot give you that, because of the agreement with the provinces that we again have to look at. But what Quebec has done I think is an example that we should look at very carefully, whether or not it could be emulated. There are some people who would like to take early retirement and possibly work part-time, maybe get into a voluntary organization, do some community work. Maybe with some of those changes that would facilitate—for some people at least—the consideration or the option of an early retirement.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. I again thank you and your officials for being with us.

May I remind the committee that our next meeting will be on Thursday, May 30, at 7 p.m., in Room 209, West Block. Appearing at that time will be the Hon. Michel Côté, Minister of Consumer and Corporate Affairs. We will consider all votes under that department, the Restrictive Trades Practices Commission and the Standards Council of Canada.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

Au nom du Comité, je vous remercie vous et vos fonctionnaires d'avoir été avec nous ce soir.

Monsieur Malépart, je m'excuse, nous vous avons accordé plus de temps que tout autre membre du Comité même si vous n'en faites pas partie.

Mr. Malépart: Could you answer my question concerning the file with the Quebec Government?

Le président: Je m'excuse . . .

M. Epp (Provencher): Excusez-moi, vous avez raison.

Les prestations du Régime des rentes du Québec ont été supérieures à celles du Régime de pensions du Canada. Comme vous le savez, le Québec a annoncé qu'il allait avancer à 60 ans l'âge de la retraite anticipée, qu'il y ait entente ou non.

M. Malépart: C'est déjà le cas.

M. Epp (Provencher): C'est déjà le cas, c'est un fait. Quels changements seront apportés au RPC, je ne peux vous répondre, car nous devons revoir l'entente avec les provinces. D'autre part, je pense que l'initiative du Québec est un exemple que nous devrions étudier attentivement, que nous puissions l'imiter ou pas. Certaines personnes aimeraient prendre une retraite anticipée et possiblement travailler à temps partiel, peut-être s'occuper comme bénévoles, faire du travail communautaire. Peut-être qu'avec ces changements cela faciliterait, du moins pour certains, le choix d'une retraite anticipée.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Encore une fois je vous remercie vous et vos fonctionnaires pour avoir comparu devant nous.

Puis-je rappeler au Comité que notre prochaine réunion aura lieu le jeudi 30 mai à 19 heures dans la salle 209 de l'Edifice de l'Ouest. À ce moment-là, comparaitra l'honorable Michel Côté, ministre de la Consommation et des Corporations. Nous étudierons tous les crédits de ce ministère, de la Commission sur les pratiques restrictives du commerce et du Conseil des normes du Canada.

La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From the Department of National Health and Welfare:

Mr. D.M. Lyngseth, Assistant Deputy Minister, Corporate
Management.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

M. D.M. Lyngseth, sous-ministre adjoint, Gestion ministé-
rielle.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 19

Thursday, May 30, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 19

Le jeudi 30 mai 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Main Estimates 1985-86: Votes 1, 5, 10, 15 and 20 under CONSUMER AND CORPORATE AFFAIRS, concerning the Department, the Restrictive Trade Practices Commission and the Standards Council of Canada

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1985-1986: Crédits 1, 5, 10, 15 et 20 sous la rubrique CONSOMMATION ET CORPORATIONS, relatifs au ministère, à la Commission sur les pratiques restrictives du commerce du Canada, et au Conseil canadien des normes

APPEARING:

The Hon. Michel Côté,
Minister of Consumer and Corporate Affairs

COMPARAÎT:

L'hon. Michel Côté,
Ministre de la Consommation et des Corporations



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Moe Mantha
Sergio Marchi
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 30, 1985

(24)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:07 o'clock p.m., this day, the Vice-Chairman, Charles-Eugène Marin, presiding.

Members of the Committee present: Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin, W. Paul McCrossan.

Alternates present: Bill Domm, David Orlikow.

Other Members present: David Berger, Lise Bourgault, Bill Rompkey.

Appearing: The Honourable Michel Côté, Minister of Consumer and Corporate Affairs Canada.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, February 26, 1985, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1986. (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, May 14, 1985, Issue No. 16.*)

By unanimous consent, the Vice-Chairman called Votes 1, 5, 10 15, and 20 under CONSUMER AND CORPORATE AFFAIRS.

The Minister made a statement and answered questions.

At 8:48 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 30 MAI 1985

(24)

[Texte]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit aujourd'hui à 19 h 07, sous la présidence de Charles-Eugène Marin, vice-président.

Membres du Comité présents: Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin, W. Paul McCrossan.

Substitus présents: Bill Domm, David Orlikow.

Autres députés présents: David Berger, Lise Bourgault, Bill Rompkey.

Comparait: L'honorable Michel Côté, ministre de la Consommation et des Corporations.

Le Comité reprend l'étude de son Ordre de renvoi du 26 février 1985 relatif au Budget des dépenses principal pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986. (*Voir procès-verbal et témoignages du mardi 14 mai 1985, fascicule n° 16.*)

Du consentement unanime, le vice-président met en délibération les crédits 1, 5, 10, 15 et 20 sous la rubrique CONSOMMATION ET CORPORATIONS.

Le ministre fait une déclaration et répond aux questions.

A 20 h 48, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Micheline Rondeau-Parent

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, May 30, 1985

• 1907

Le vice-président: À l'ordre!

Il nous fait plaisir, monsieur le ministre, de vous recevoir ce soir.

Nous reprenons l'étude du Budget des dépenses principal 1985-1986. Notre témoin est l'honorable Michel Côté, ministre de la Consommation et des Corporations. Je mets en délibération les crédits 1, 5, 10, 15 et 20 sous la rubrique Consommation et Corporations.

CONSOMMATION ET CORPORATIONS

Consommation et Corporations

Crédit 1—Dépenses de fonctionnement\$111,642,000

Crédit 5—Dépenses en capital\$5,683,000

Crédit 10—Subventions et contributions\$64,316,000

Commission sur les pratiques restrictives du commerce

Crédit 15—Dépenses du Programme\$1,077,000

Conseil canadien des normes

Crédit 20—Palements au Conseil canadien des normes\$5,424,000

Le vice-président: Bienvenue, monsieur le ministre.

I would like you, if you want, to present your officials to the committee.

L'honorable Michel Côté (ministre de la Consommation et des Corporations): Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, bonsoir.

Je me réjouis de l'occasion qui m'est offerte de passer en revue avec vous le budget de mon Ministère pour l'année 1985-1986.

Comme vous me l'avez suggéré, monsieur le président, j'aimerais prendre un instant pour vous présenter les membres de mon personnel qui m'accompagnent. Je vous présente M. Julien Béliveau, mon directeur de cabinet; M. John Polack, mon adjoint, M. David McLaughlin, et M^{me} Dora Koop sont absents pour l'instant; il y a également mon sous-ministre, M. Mark Daniels; M^{me} Kathleen Francoeur-Hendriks, sous-ministre adjoint au Bureau de la consommation; M. Lawson Hunter, directeur des enquêtes et recherches et sous-ministre adjoint au Bureau de la politique de concurrence; M. Roger Gagnon, sous-ministre adjoint au Bureau des corporations; M. Russell Robinson, sous-ministre adjoint du Bureau de la coordination des politiques; M. Harry McIlroy, directeur de la Direction générale des finances et de l'administration; M^{me} Diana Monnet, coordonnatrice pour le programme de la MIUF; et M. Jon Church, directeur exécutif de l'enquête sur l'industrie pétrolière à la Commission sur les pratiques restrictives du commerce. Il y a également M^{me} Siroun Aghajanian, trésorière du Conseil canadien des normes; et M.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 30 mai 1985

The Vice-Chairman: Order!

We are pleased to have you with us this evening, Mr. Minister.

We are resuming our study of the Main Estimates for 1985-86. Our witness is the Hon. Michel Côté, Minister of Consumer and Corporate Affairs. I will call votes 1, 5, 10, 15 and 20 under Consumer and Corporate Affairs.

CONSUMER AND CORPORATE AFFAIRS

E—Consumer and Corporate Affairs

Vote 1—Operating expenditures\$111,642,000

Vote 5—Capital expenditures\$5,683,000

Vote 10—Grants and contributions\$64,316,000

E—Restrictive Trade Practices Commission

Vote 15—Program expenditures\$1,077,000

E—Standards Council of Canada

Vote 20—Payments to the Standards Council of Canada\$5,424,000

The Vice-Chairman: Welcome, Mr. Minister.

Je vous demande de bien vouloir présenter vos fonctionnaires aux membres du Comité.

Hon. Michel Côté (Minister of Consumer and Corporate Affairs): Good evening, Mr. Chairman and members of the committee.

I am pleased to have this opportunity to review with you my department's budget for 1985-86.

As you suggested, Mr. Chairman, I would like to begin by introducing the members of my staff who are here. They are Mr. Julien Béliveau, my Chief of Staff; Mr. John Polack, my Executive Assistant; Mr. David McLaughlin and Mrs. Dora Koop are not here at the moment; Mr. Mark Daniels, my Deputy Minister; Mrs. Kathleen Francoeur-Hendriks, the Assistant Deputy Minister, Consumer Affairs; Mr. Lawson Hunter, the Director of Investigation and Research and ADM for the Bureau of Competition Policy; Mr. Roger Gagnon, ADM, Corporate Affairs; Mr. Russell Robinson, Assistant Deputy Minister, Policy Co-ordination; Mr. Harry McIlroy, Director General, Finance and Administration Directorate; Mrs. Diana Monnet, the co-ordinator of the UFFI program; and Mr. Jon Church, the Executive Director, Petroleum Inquiry, Restrictive Trade Practices Commission. We also have with us Mrs. Siroun Aghajanian, the Treasurer of the Standards Council of Canada; and Mr. Gérard Payette, the Secretary of the Restrictive Trade Practices Commission.

[Texte]

Gérard Payette, secrétaire de la Commission sur les pratiques restrictives du commerce.

• 1910

A la fin de ma présentation, mes collaborateurs et moi-même nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Monsieur le président, j'ai l'intention de repenser les politiques de mon Ministère en tenant dûment compte des politiques et des priorités du gouvernement, à savoir agir vigoureusement pour susciter un renouveau économique au Canada. Cela suppose l'adoption ou la modification de certaines lois.

C'est ainsi, monsieur le président, que notre programme législatif comprendra la révision de la Loi sur la faillite, la modification de nos lois sur la propriété intellectuelle et notamment de la Loi sur les brevets, ainsi que la mise à jour de la Loi relative aux enquêtes sur les coalitions.

J'ai annoncé, il y a quelque temps, que j'entendais déposer des amendements à la Loi sur la concurrence au cours de la présente session. Cela, malheureusement, ne sera pas possible et je me vois forcé d'en reporter le dépôt à l'automne, à la reprise des travaux de la Chambre.

Les raisons de cette décision sont principalement les suivantes: d'une part, il s'agit un texte de loi de très grande importance, et je tiens à ce que la révision de ce texte de loi se fasse de la façon la plus parfaite possible; d'autre part, les réactions à notre projet d'amendements ont été très nombreuses et je veux être sûr qu'elles recevront toute la considération qu'elles méritent.

Les nouvelles dispositions refléteront également les points de vue exprimés par de nombreux représentants des consommateurs et des milieux d'affaires ainsi que de différents groupes intéressés. Cette nouvelle version de la loi tiendra également compte des recommandations du Comité consultatif spécial formé à ma demande et qui vient d'achever son examen de la loi.

Ainsi qu'en faisait état le budget, la Loi sur les brevets réclame elle aussi une réforme. De fait, cette loi a été révisée pour la dernière fois en 1953. Deux domaines nécessitent une attention particulière: les licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques octroyées en vertu du paragraphe 41(4) de la loi et la brevetabilité de la biotechnologie.

J'ai déposé à la Chambre, le 22 mai, le rapport de la Commission Eastman sur l'industrie pharmaceutique. J'en ai bien étudié les recommandations. Mais avant d'en arriver à des propositions finales, il me faut prendre en considération les souhaits de l'industrie, des provinces et des groupes intéressés. Quoi qu'il en soit, une décision sera prise bientôt.

Par ailleurs, un groupe de travail interministériel est en train d'étudier la question de la brevetabilité des produits issus de la biotechnologie. Une fois l'étude terminée, je mènerai une série de consultations avec les groupes intéressés du secteur privé.

Enfin, dernière grande pièce à notre menu législatif, il y aura la Loi sur la faillite. De nombreux changements y sont

[Traduction]

Both I and my officials will be pleased to answer any questions you may have following my remarks.

Mr. Chairman, my aim in shaping the policies of my department is naturally the same as the government's: to stimulate economic renewal in Canada. To do this, we must pass or amend a number of laws.

Some of these are the Bankruptcy Act, the Patent Act and the Combines Investigation Act. I will start with the last first.

Not too long ago I announced that I had hoped to introduce amendments to the Combines Investigation Act in the spring session. As it turns out that will not be possible. Accordingly, I have decided to change this schedule, and will propose amendments for consideration by the House when the session resumes this fall.

We have received a number of responses to our proposals to amend the Act and I would like to ensure that they are given the study and consideration I believe they deserve. This is an extremely important piece of legislation and I want to make certain it is the best package of amendments we can possibly have.

The legislation will reflect the views I have received from many business and consumer groups and others. It will also take into account the recommendations of a special advisory committee which has completed its review of the Act.

As stated in the budget, the Patent Act needs changing too. It was last revised in 1953. Two of the areas which will receive attention are the compulsory licensing of pharmaceuticals under Section 41(4) of the Act and patent issues related to the new field of bio-technology.

The Eastman Commission's report concerning the pharmaceutical industry was tabled by me in the House on May 22nd and its recommendations have been studied. I am taking into consideration advice from the industry, the provinces and concerned groups before drawing up a final set of proposals. A decision, however, will be made soon.

The question of bio-technology is under study by an inter-departmental working group. Once this process is complete, I will be consulting with interested groups in the private sector.

Finally, there is the Bankruptcy Act. There are numerous areas where change is required in this Act. Here again, I will

[Text]

devenus nécessaires. Mais ici encore, j'attendrai de connaître l'opinion de mes homologues provinciaux et des autres intéressés avant d'y modifier quoi que ce soit. Je tiendrai aussi compte des recommandations du Comité consultatif spécial chargé d'étudier l'ensemble de la question.

La volonté de jeter un regard neuf sur les droits et la protection des consommateurs est aussi dans mes priorités. Nous devons aider et protéger les consommateurs, cela va de soi, mais j'ajouterai que c'est là une des conditions essentielles pour que le marché tourne rond. Plusieurs problèmes motive-
ront ici notre action.

Je m'occuperai par exemple de la protection contre les produits dangereux, particulièrement les produits chimiques toxiques. Il me faudra par ailleurs examiner l'effet des mesures commerciales protectionnistes sur les biens de consommation. La pratique de l'escompte des remboursements d'impôt retiendra aussi mon attention.

Tout cela exigera, bien sûr, des ressources considérables. J'en viens donc à la question des finances. Mon exposé sera bref.

Conformément à notre objectif d'accroître les recettes et de réduire les dépenses, le budget principal de mon Ministère prévoit une réduction des besoins financiers pour 1985-1986.

• 1915

Je demande des crédits de 193,362,000\$, ce qui représente une baisse de 28.6 millions de dollars, ou d'environ 13 p. 100, par rapport aux dépenses prévue pour 1984-1985.

De plus, en raison de la majoration de nos tarifs, nous prévoyons que nos recettes atteindront 69.8 millions de dollars en 1985-1986, soit près de 38 millions de dollars que les prévisions de l'an passé. Ces recettes proviennent, d'une part, des services offerts par le Ministère dans les domaines de la métrologie légale, des brevets, des marques de commerce, du droit d'auteur, de la constitution en société et des faillites, et d'autre part, des amendes et des confiscations.

Nos besoins en années-personnes diminueront également en 1985-1986. Leur nombre passera de 2,589 à 2,467, soit 122 années-personnes de moins que l'an dernier.

La baisse globale de nos besoins financiers tient surtout aux facteurs suivants: -la réduction des années-personnes, des traitements, des contributions et autres frais d'exploitation, provenant du fait qu'il y a moins de propriétaires qui demandent des services et de l'aide financière dans le cadre du Programme d'aide aux propriétaires d'habitations isolées à la MIUF; et aussi diverses autres réductions dans d'autres programmes.

Les crédits de mon ministère sont partagés, monsieur le président, entre divers bureaux, à savoir le Bureau de la consommation, le Bureau des corporations, le Bureau de la politique de concurrence et le Bureau de la coordination des politiques. J'aimerais tracer les grandes lignes de leurs activités pour l'année qui vient.

[Translation]

be seeking input from the provinces and other parties before introducing any amendments to this Act. I will also be considering the recommendations of a special advisory committee set up to study the issues involved.

Consumer rights and protection are on my list of priorities. Consumers must be assisted and protected if the marketplace is to function effectively. We have to look after a number of issues here.

I will be concerned, for example, with the dangers of toxic chemicals and hazardous products. The impact of trade protectionist measures on consumer goods will have to be considered. We will also be studying the Tax Rebate Discounting Act and how it affects Canadians.

Of course, it will take considerable resources to do all of this, Mr. Chairman. Which brings me to the question of finances.

To increase revenues and cut expenses, our estimates for 1985-86 call for a reduction in the department's financial requirements.

Our Estimates are for \$193,362,000. This represents a decrease of \$28.6 million in relation to the 1984-85 forecast expenditures, or a reduction of approximately 13 per cent.

In addition, because of increases to fees in the department, our revenues are expected to increase during fiscal 1985-86 by approximately \$38 million over last year's forecast figure, to \$69.8 million. This represents revenues from fees for services in the areas of legal metrology, patents, trade marks, copy-right, incorporations and bankruptcies, as well as revenues from fines and forfeitures.

Our person-year requirements will also be less during 1985-86. Our estimates provide for 2,467 person-years. This is a reduction of 122 person-years from last year's forecast of 2,589.

The main reasons for the overall decrease in our financial requirements are: a reduction in person-years, salaries, other operating costs and contributions related to fewer homeowners requiring services and financial assistance from the Assistance Program for UFFI homeowners; and various other program reductions.

Mr. Chairman, the financial requirements of my department are shared among various bureaux. These are the Bureau of Consumer Affairs, the Bureau of Corporate Affairs, the Bureau of Competition Policy and the Bureau of Policy Co-ordination. Let me outline briefly some of their planned activities.

[Texte]

Le Bureau de la consommation a pour mandat de promouvoir un marché sûr et équitable. Son action consiste tout autant à préserver les intérêts du consommateur qu'à collaborer avec les commerçants en vue d'obtenir la conformité volontaire aux lois. Des efforts accrus seront déployés en vue de résoudre des problèmes de consommation par des programmes d'adhésion volontaire plutôt que par la réglementation. Le Bureau continuera aussi à appuyer les groupes de consommateurs et de bénévoles et à encourager les milieux d'affaires et les associations commerciales à améliorer leurs relations avec leurs clients.

D'autre part, le Bureau de la consommation intensifiera son action en vue de promouvoir la sûreté des produits, notamment en ce qui concerne les produits chimiques toxiques et les matières inflammables. De plus, il accélérera son programme de révision de la réglementation, l'objectif visé étant bien sûr d'assurer le maximum de souplesse et de productivité sur les marchés canadiens.

Le Bureau des corporations poursuivra, quant à lui, son automatisation et continuera à accroître sa productivité. Ses services, qu'ils soient liés à la propriété intellectuelle et à la constitution en société ou à l'administration des faillites au Canada, seront améliorés. Le Bureau entend également amplifier et élargir la diffusion de l'information technologique et favoriser à cet égard les échanges bénéfiques entre les gens d'affaires et l'État.

Comme je l'ai mentionné précédemment, monsieur le président, nous avons l'intention de modifier la Loi sur la concurrence. Mais auparavant, il nous faudra élaborer des politiques et des programmes de coercition efficaces et voir à ce que le public soit familiarisé avec les nouvelles dispositions de la Loi relative aux enquêtes sur les coalitions.

D'autre part, le contentieux du secteur des enquêtes sur les coalitions et du secteur de la politique de concurrence instruira quelque 900 plaintes—provenant en majeure partie des entreprises. Ces plaintes donneront lieu au cours de l'année financière à près de 300 enquêtes préliminaires. Celles-ci mèneront à leur tour à un certain nombre d'enquêtes en règle qui se solderont par des poursuites au criminel. Je souligne que ces données ne tiennent pas compte des activités de la direction des pratiques commerciales qui s'occupe de la publicité trompeuse; et qui instruira quant à elle environ 14,000 plaintes et mènera quelque 3,300 enquêtes préliminaires.

Quant au Bureau de la coordination des politiques, il continuera à mener les recherches, les analyses et les consultations indispensables à la réforme et à la modernisation des lois relevant de mon ministère.

Permettez-moi maintenant de dire quelques mots sur le Programme d'aide aux propriétaires d'habitations isolées à la mousse d'urée-formaldéhyde.

• 1920

On prévoit une réduction du nombre de propriétaires qui réclameront un remboursement au titre de ce programme durant l'année 1985-1986. Au 1^{er} avril de cette année, environ 73 p. 100 des propriétaires inscrits avaient complété les

[Traduction]

The Bureau of Consumer Affairs promotes a safe and equitable marketplace. It does this by focussing on consumer problems and by working with business to achieve voluntary compliance with legislation. During the year, the Bureau will be increasing its efforts to solve consumer problems through voluntary programs rather than regulation. The Bureau will also be supporting consumer and voluntary groups and encouraging business and business associations to improve their customer relations policies.

The Bureau will be concentrating more on product safety, especially in the fields of toxic chemicals and flammability. In addition, it will be stepping up its program of regulatory review. The aim here will be to help keep Canadian markets flexible and productive.

The Corporate Bureau will continue to automate increase its productivity. Services ranging from handling intellectual properties and incorporation to administering bankruptcy proceedings in Canada will be improved. The Bureau will also be encouraging a healthy exchange of technological information among business and government.

As I stated previously, in the area of Combines Investigation, Mr. Chairman, plans are to introduce revisions to Canada's Combines Investigation Act. This will require work to develop effective enforcement policies and programs and to ensure that the public is familiar with the new provisions.

In addition, the Combines Investigation and Competition Policy activity will process some 900 complaints—mostly from business—which will result in the completion of close to 300 preliminary investigations during the coming fiscal year. It will also mean that a number of formal enquiries under the Act will be conducted which will lead to criminal prosecution. This does not include Marketing Practices dealing with misleading advertising. This Branch will process almost 14,000 complaints and complete 3,300 preliminary investigations.

The department's Bureau of Policy Coordination will continue to pursue its policy development activities, including policy research, analysis and consultations in support of legislative reforms to modernize the laws of the department.

I would like now to touch briefly on our plans for the Urea Formaldehyde Foam Insulation (UFFI) Assistance Program.

Fewer homeowners are expected to make claims under the UFFI Assistance Program, during 1985-86. Approximately 73% completed corrective measures before April 1 of this year.

[Text]

mesures correctives. Nous prévoyons qu'au maximum 12,500 propriétaires pourraient soumettre une réclamation au cours de la présente année financière.

Par conséquent, les crédits affectés au Programme d'aide aux propriétaires d'habitations isolées à la MIUF ont été établis à 69,743,000\$—une diminution de près de 20 millions de dollars par rapport aux dépenses prévues pour l'an dernier.

Le budget de la Commission sur les pratiques restrictives du commerce pour 1985-1986 est lui aussi inférieur à celui de l'an passé. Il s'agit ici d'une réduction de 480,000\$. Les crédits demandés atteignent donc 1,194,000\$ contre 1,674,000\$ l'an dernier. Cette baisse des dépenses est principalement attribuable à l'achèvement prévu de l'Enquête sur l'industrie pétrolière et à la diminution globale des frais de fonctionnement de la Commission pour l'année qui vient.

Enfin, le Conseil canadien des normes recevra des crédits d'environ 5,424,000\$.

Monsieur le président, je n'ai fait ici évidemment qu'un rapide survol du budget principal et des plans de Consommation et Corporations Canada pour 1985-1986. J'espère toutefois avoir donné au Comité une idée de la direction que j'entends suivre. Je suis disponible pour répondre aux questions.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. As usual in this committee, each spokesman has 10 minutes for the first round. We will start with Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: I do not mind, Mr. Chairman, but usually the Liberals, the Official Opposition, lead off.

The Vice-Chairman: Mr. Orlikow, do you want to speak?

Mr. Orlikow: I do, but . . .

The Vice-Chairman: Okay, go ahead.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, finally you have received and tabled the Eastman report. Professor Eastman looked into the old question of prescription drugs.

Essentially, I understood Professor Eastman to be saying in his report that the system has worked quite well for consumers. He made some recommendations for increasing royalties and so on. However, he did say the drug company that develops the prescription drug originally should have exclusive rights to manufacture and sell that drug for a period of four years. Yet you seem to indicate some doubts. You seem to indicate that you felt they were entitled to a longer period for exclusive use of the drug. Is there any evidence that the companies are not making a fair profit, that they are really being hurt?

Mr. Côté (Langelier): Mr. Orlikow, first of all, we have accepted to initiate some discussions between the two interested groups, the PMAC people and the CDMA people. We

[Translation]

We expect that a maximum of 12,500 claims could be made during this fiscal year.

As a result, our 1985-86 estimates for the UFFI Assistance Program have been set at \$69,743,000—a reduction of almost \$20 million over the forecast expenditures for 1984-85.

Our capital estimates for the RTPC are also less for the coming fiscal year than they were during 1984-85. In this case we are talking about a decrease of \$480,000 in expenditures, with the estimates set at \$1,194,000 in comparison to last year's forecast of \$1,674,000. This decrease is due mainly to the expected completion of the Petroleum Inquiry and to a reduction in the overall operating costs of the Commission during the coming year.

Finally, for the CAP standards Council of Canada, payment included in the Estimates is approximately \$5,424,000.

Mr. Chairman, this was of course a brief summary of the 1985-86 Estimates for my department, and of our plans for the year. I hope however that I have given you an idea of the direction I plan to take. I will be happy to answer your questions.

Le vice-président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Comme d'habitude au sein de ce Comité, chaque intervenant disposera de dix minutes pendant la première ronde. Je donne la parole à M. Orlikow.

M. Orlikow: Ça m'est égal de commencer, monsieur le président, mais en général les Libéraux, l'Opposition officielle, commence.

Le vice-président: Monsieur Orlikow, voulez-vous prendre la parole?

M. Orlikow: Si, mais . . .

Le vice-président: Très bien, veuillez poursuivre.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, vous avez enfin reçu et déposé le rapport Eastman. Le professeur Eastman a étudié la vieille question des médicaments prescrits par ordonnance.

Essentiellement, je crois que le professeur Eastman dit dans son rapport que le système a fonctionné à l'avantage des consommateurs. Il a formulé quelques recommandations portant sur la majoration des redevances, par exemple. Toutefois, il stipule que la société pharmaceutique qui fabrique la première un médicament qui sera prescrit sur ordonnance devrait avoir des droits exclusifs portant sur la fabrication et la vente de ce médicament pendant quatre ans. Vous semblez toutefois avoir certaines réserves. Vous semblez penser que les sociétés pharmaceutiques devraient pouvoir disposer d'une plus longue période d'exclusivité pour leurs produits. Quelque chose indique-t-il que ces sociétés ne tirent pas un bénéfice équitable de leurs activités, et que la situation actuelle leur est réellement préjudiciable?

M. M. Côté (Langelier): Monsieur Orlikow, laissez-moi vous dire tout d'abord que nous avons accepté d'amorcer des discussions entre les deux groupes intéressés, l'Association

[Texte]

have agreed also to consult all other interested groups—consumer associations, provinces—that have some input in this issue, I might say. We are going to ask them to comment on the Eastman report next week.

• 1925

What I said about Mr. Eastman's recommendation is that generally speaking I think we do agree with the recommendation of Mr. Eastman that the compulsory licence has been useful in Canada. I have said that the suggestion of Mr. Eastman, which is to increase royalties from 4% to 14% . . . I was a little bit concerned about that, because the end result would be to increase consumer prices up to a certain point.

Before concluding that I agree with these recommendations, I would like to get views, opinions, and comments from all the other groups. That is what I have said. I am not saying I do not agree with the general philosophy of Mr. Eastman. I think this commission was set up by the previous government. Mr. Eastman consulted a lot of people; he received, I think, close to 150 different interventions. I think it should be a useful tool for us to make any final decision on that.

Mr. Orlikow: I am sure, Mr. Minister, that when you consult groups such as the Consumers' Association of Canada and the provinces, which have prescription drug insurance plans, and the private insurance plans—which are involved in payment before prescription drugs—you will find out, as I am sure you already know, that we are talking about tens of millions of dollars; indeed, we are talking over the years about hundreds of millions of dollars. If there is any major change in the direction of going back to what we had before 1969, it will cost the consumers and the insurance organizations, both public and private, tremendous amounts of money.

I would like to turn, Mr. Minister, to the proposal to disband the patent office. According to their institute and according to researchers this will probably mean a large number of research and development laboratories could possibly leave Canada. It seems to me we would probably be the only industrialized country that does not have a patent office. We would be putting ourselves in the category of the Third World countries.

I wonder, Mr. Minister, if you could explain to me and to people not just what we gain in terms of the . . . The short-term gain, of course, is that we would reduce the Public Service by a couple of hundred employees. What is the long-term cost of this kind of thing? Has there been any study? Has there been any consultation with people who are innovators, who are inventors and so on? If there are, can you table any studies that are being done?

Mr. Côté (Langelier): First of all, let me tell you that when we examine a request for a patent we have to look at three specific areas, which are the newness of the product, the ingenuity, and the utility of the product. This is done by the patent examiner. Right now in Canada we are receiving 22,000 demands a year. We already have close to 70,000 outstanding

[Traduction]

canadienne des fabricants de médicaments et l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Nous avons aussi convenu de consulter tous les autres groupes intéressés . . . les associations de consommateurs, les provinces . . . qui participent à cette affaire, préciserais-je. La semaine prochaine, nous allons leur demander de commenter le rapport Eastman.

Tout comme M. Eastman, nous reconnaissons d'une manière générale que le principe des licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques s'est révélé utile pour le Canada. Cependant, j'ai dit que sa proposition de faire passer les droits de 4 p. 100 à 14 p. 100 ne me semblait peut-être pas opportune car sa conséquence éventuelle pourrait être une augmentation de prix pour les consommateurs.

Avant d'accepter ces recommandations, j'aimerais entendre l'avis et les commentaires de tous les autres groupes. C'est ce que j'ai dit. Il ne s'agit donc pas d'un désaccord sur la philosophie générale de M. Eastman. Je crois que sa commission a été constituée par le gouvernement précédent. M. Eastman a procédé à une large consultation; je crois qu'il a reçu près de 150 témoignages différents. Ce rapport nous sera fort utile pour prendre nos décisions.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, je suis certain que lorsque vous consulterez des groupes tels que l'Association des consommateurs du Canada et les provinces qui ont des régimes d'assurance pour les médicaments sur ordonnance, ainsi que les responsables des régimes d'assurance privés qui remboursent les médicaments sur ordonnance, vous constaterez, comme vous devez déjà l'avoir constaté, d'ailleurs, que ce sont des dizaines de millions de dollars qui sont en jeu, des centaines de millions de dollars qui sont en jeu depuis quelques années. Si vous décidez de revenir au régime d'avant 1979, la facture pour les consommateurs et les organismes d'assurance, à la fois publics et privés, sera énorme.

Monsieur le ministre, j'aimerais maintenant passer à la proposition concernant la suppression du bureau des brevets. Selon les chercheurs et leur institut, cette suppression entraînera probablement le départ du Canada d'un grand nombre de laboratoires de recherche et de développement. Nous serons probablement alors un des seuls pays industrialisés à ne pas avoir de bureau des brevets. Nous rejoindrons les rangs des pays du Tiers monde.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous expliquer, non pas ce que nous y gagnerions en termes de . . . Il est certain qu'à court terme cela nous permettrait d'économiser le salaire d'environ 200 fonctionnaires. Mais quel serait le coût à long terme? L'avez-vous calculé? Avez-vous consulté nos chercheurs, nos inventeurs, etc.? Si vous avez fait de telles études, pouvez-vous nous en communiquer les résultats?

M. Côté (Langelier): Premièrement, permettez-moi de vous dire que lorsque nous étudions une demande de brevet, nous nous intéressons à trois choses en particulier: la nouveauté du produit, son ingéniosité et son utilité. Ce travail est fait par les examinateurs du bureau. Actuellement, nous recevons 22,000 demandes par année. Le nombre de demandes en souffrance

[Text]

requests that have not been treated yet. So we are close to 36 months behind schedule, compared to the United States, which is 28 months behind. So it is kind of, I would say, an accepted process that it takes time to address to this issue.

• 1930

So what we are saying in this recommendation you were just referring to is that we, as a country, would like to adhere to the patent co-operation treaty. There are some benefits to it because it makes sure the Canadian inventors are participating in the competence, the background information, of that treaty, and we think Canada has an advantage in adhering to that treaty.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, are there any other countries in the OECD which do not have their own patent office?

Mr. Côté (Langelier): That does not necessarily mean, Mr. Orlikow, that the patent office as such will be closed. What I think we should understand by that is that there will still be work to be done. Even if some work or activity is being done within this treaty, we will still have to do something here in Canada because the same rules will have to apply as to newness, ingenuity and things like that. We will still have to say whether or not we accept this invention. I received a mandate with the Nielsen recommendations to implement that, so we will have to look and see how to do it and in what way to do it.

Mr. Orlikow: Mr. Chairman . . .

The Vice-Chairman: Mr. Orlikow, your 10 minutes are up. If you want, you can put your name for the second round.

Mr. Orlikow: Could I ask one more question, Mr. Chairman?

The Chairman: No, I am sorry. Mr. Rompkey.

Mr. Rompkey: Thank you, Mr. Chairman. How long do I have, Mr. Chairman?

The Chairman: You have 10 minutes.

Mr. Rompkey: Thank you, Mr. Chairman.

I want to welcome the Minister again to our second meeting. We have to stop meeting like this, Mr. Minister. Anyhow, it is good to see you again.

I want to draw your attention to page 3 of your statement:

Consumer rights and protection are on my list of priorities. Consumers must be assisted and protected if the marketplace is to function effectively. We have to look after a number of issues here.

But in the budget that was just presented, Mr. Minister, there is a case to be made that consumers' interests were not looked after. As a matter of fact, there is a case to be made that consumers will bear the heaviest burden in this budget. Unlike the United States, the Government of Canada seems to

[Translation]

est déjà de 70,000. Les délais sont près de 36 mois alors qu'aux États-Unis ils sont de 28 mois. Ces délais sont pratiquement, je dirais, inévitables et acceptés de tous.

Dans cette recommandation dont vous venez de parler, nous disons qu'en tant que pays nous aimerions adhérer au traité de coopération en matière de brevets. Cette adhésion comporte des avantages, car elle assure aux inventeurs canadiens l'accès à la banque de données de ce traité et nous pensons donc que le Canada aurait avantage à y adhérer.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, y a-t-il d'autres pays de l'OCDE qui n'ont pas leur propre bureau de brevets?

M. Côté (Langelier): Cela ne veut pas forcément dire, monsieur Orlikow, que nous fermerons pour autant le bureau des brevets. Il faut bien comprendre qu'il y aura toujours du travail à faire. Même si une partie de ces activités ou de ces travaux seront pris en charge par ce traité, nous aurons toujours quelque chose à faire au Canada car ces règles de nouveauté, d'ingéniosité, etc. continueront à s'appliquer. Nous aurons toujours la responsabilité d'accepter ou de ne pas accepter telle ou telle invention. Cette recommandation me vient du rapport Nielsen et j'ai la responsabilité d'en déterminer les modalités.

M. Orlikow: Monsieur le président . . .

Le vice-président: Monsieur Orlikow, vos 10 minutes sont terminées. Si vous voulez, vous pouvez vous inscrire pour le deuxième tour.

M. Orlikow: Pourrais-je poser encore une question, monsieur le président?

Le président: Non, je m'excuse. Monsieur Rompkey.

M. Rompkey: Merci, monsieur le président. Combien de temps ai-je, monsieur le président?

Le président: Vous avez 10 minutes.

M. Rompkey: Merci, monsieur le président.

J'aimerais souhaiter de nouveau la bienvenue au ministre pour notre deuxième réunion. Nous devrions arrêter de nous rencontrer comme cela, monsieur le ministre. Quoi qu'il en soit, c'est un plaisir de vous revoir.

J'aimerais attirer votre attention sur la page 4 de votre déclaration:

La volonté de jeter un regard neuf sur les droits et la protection des consommateurs entrent aussi dans mes priorités. Nous devons aider et protéger les consommateurs, cela va de soi, mais j'ajouterai que c'est là une des conditions essentielles pour que le marché tourne rond. Plusieurs problèmes motiveront ici notre action.

Monsieur le ministre, dans le budget qui vient d'être présenté, il est évident que les intérêts des consommateurs ont été ignorés. En fait, ce sont les consommateurs qui assumeront en grande partie la facture de ce budget. Contrairement aux États-Unis, le gouvernement du Canada semble avoir opté non

[Texte]

have opted for not a consumer-led economy but a consumer-driven economy; at least, it will either drive consumers up the wall or drive them into the ground, one or the other.

But I would like to draw the Minister's attention specifically to the consumers who are elderly and who will have less disposable income, to the elimination of the first three percentage points of indexing on OAS, on family allowance payments, the increased taxes, the removal of the sales tax exemption on certain consumer goods, in certain parts of the country the removal of that exemption on off-oil facilities, on alternatives; wood burning stoves, for example, wind deflectors, heat pumps, solar heaters. These in certain parts of the country may not seem to be important, but in other areas they are very much so. There is the elimination of the special provision for off-site construction goods, the increase in the federal sales tax. I could go on: the 2% increase in excise tax on alcohol; the 25¢ increase on a package of cigarettes, which I believe—and I made the point in the House this afternoon with the Minister of Tourism—is going to have a negative impact on the tourism industry, which I think is a sunrise industry in this country, and indeed, which the Minister of Finance for Newfoundland, for one, exempted. Although Newfoundland increased its taxes, it did exempt tourists from those taxes. It seems to me if the Government of Canada followed the same route it would increase revenue, rather than decrease revenue, in that particular industry, as I think that measure will do.

• 1935

The 2% per litre tax hike on transportation fuel, which is going to be a double burden to people, for example, who live in remote areas of the country, because everything there comes in by aircraft . . . I could go on, but I think I would be remiss in my responsibilities if I did not point these things out and bring them to the Minister's attention, because he is the Minister of Consumer and Corporate Affairs and I believe he and I have a responsibility to put the rights of consumers, as he has said in his statement, first and foremost. So I would like him to respond to how he feels consumers have been treated in the budget and whether he thinks the Minister of Finance should be taken up on his offer to be flexible and to change any policies that could have a negative effect on Canada.

Mr. Côté (Langelier): First, Mr. Rompkey asked me how I feel with this budget regarding consumers. I feel very comfortable and very secure, because this budget is really the beginning of new economic growth. Mr. Wilson in his budget said this budget is built on the creation of jobs. We are implementing or making recommendations and fiscal decisions that will ensure that new jobs are created. This will have to be done by and with the private sector. We are giving a chance to the private sector really to answer to what we think this government should take as a new direction, and this country should take.

What will happen is that as the Prime Minister has said, everyone will have to share his part of this budget; and certainly the consumers, and all taxpayers, will have to play

[Traduction]

pas pour une relance de la consommation mais pour un freinage de la consommation, et quand je dis freinage, c'est un euphémisme pour bloquer.

J'aimerais tout particulièrement attirer l'attention du ministre sur les personnes âgées dont les revenus vont être diminués par la désindexation de 3 p. 100 de la sécurité de la vieillesse, sur la réduction des allocations familiales, sur l'augmentation des taxes, sur la suppression de l'exemption de la taxe de vente pour certains produits, sur la suppression dans certaines parties du pays de l'exemption pour la conversion à d'autres formes de chauffage, pour la conversion au chauffage au bois, par exemple, pour l'installation d'éoliennes, de pompes à chaleur, de capteurs solaires. Dans certaines régions du pays cela peut ne pas sembler important, mais dans d'autres, ça l'est énormément. L'élimination de la disposition spéciale pour le transport des matériaux de construction, l'augmentation de la taxe de vente fédérale. Je pourrais continuer: les 2 p. 100 d'augmentation de la taxe d'accise sur les alcools; l'augmentation de 25c. par paquet de cigarettes, ce qui, je crois—et je l'ai dit cet après-midi au ministre du Tourisme—va avoir une incidence négative sur l'industrie du tourisme, industrie naissante dans ce pays et que le ministre des Finances de Terre-Neuve, lui, a exempté. Bien que Terre-Neuve ait augmenté ses taxes, le gouvernement a exempté les touristes. Il me semble que si le gouvernement du Canada adoptait la même attitude, les recettes de cette industrie au lieu de diminuer, comme cela sera le cas à mon avis, augmenteraient.

Il y a la taxe de 2c. sur le carburant qui sera ressentie doublement, par exemple, par ceux qui vivent dans les régions éloignées puisqu'ils ne peuvent être approvisionnés que par avion . . . Je pourrais encore continuer et je crois que je ne remplirais pas mes responsabilités si je ne signalais pas ces choses et si je ne les portais pas à l'attention du ministre, car il est le ministre de la Consommation et des Corporations et je crois que nous avons tous deux la responsabilité, comme il le dit dans sa déclaration, de protéger avant tout les consommateurs. J'aimerais donc qu'il me dise ce qu'il pense de la manière dont les consommateurs sont traités dans ce budget et si l'offre du ministre des Finances—souplesse et modification de toutes politiques pouvant avoir une incidence négative sur le Canada—devrait être prise à la lettre.

M. Côté (Langelier): M. Rompkey m'a d'abord demandé ce que je pensais de ce budget du point de vue des consommateurs. Ce budget ne me pose absolument aucun problème car il marque le début d'une nouvelle ère de croissance économique. M. Wilson a dit que ce budget se fondait sur la création d'emplois. Nous prenons des décisions ou nous faisons des recommandations fiscales qui assureront la création de ces nouveaux emplois. Seul le secteur privé peut créer ces emplois. Nous donnons la chance au secteur privé de relever ce défi que lui lance le gouvernement dans l'intérêt du pays.

Comme l'a dit lui-même le premier ministre, chacun devra assumer sa part de ce budget; il est donc certain que les consommateurs et tous les contribuables devront assumer leur

[Text]

their part. But the end result of that will be that more jobs will be created and consumers will benefit from it. As Mr. Wilson said—and I really believe so—it is an equitable budget, it is fair to everyone, and I think it is what this country needs to turn around and really make sure we go ahead in a new direction which will bring prosperity to this country.

Mr. Rompkey: I just want to point out to the Minister that in many parts of the country industry is operating at 75% of capacity. It seems to me it will increase that capacity before there is new investment. I also want to point out to him that in certain parts of the country—in the Atlantic provinces, for example—only 20% of the gross provincial product is due to the private sector and 80% is due to the public sector; to government of one kind or another. In addition, most of the budgets of those provinces, a great portion, comes from the federal government in the first place.

So the consumers in the Atlantic region, it seems to me—and I think it is important to put this on the record—are going to have to bear a double burden here: not only do they bear the burden of all consumers, the increased prices for all consumers, but they are going to suffer a lack of the same rate of growth in transfer payments and they will suffer also as a result of the cut-back in government expenditures. I think it is important for people on all sides of the House to understand these things and I think I would be remiss in my duty, Mr. Minister, if I did not put those things on the record at this opportunity, because I feel that is the reality.

We met, and possibly the Conservative Caucus has too, with the Atlantic Provinces Economic Council, and they concur in that particular assessment: that as a result of federal cutbacks and as a result of consumer increases, there will be a double disadvantage to the Atlantic. In fact, there will be a negative rate of growth in that area in the next little while.

• 1940

Is my time up, Mr. Chairman? Thank you very much.

The Vice-Chairman: No, your time was not up. Thank you, Mr. Rompkey. Mr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. With your indulgence I might ask, if I may, to share my 10 minutes with my colleague, Madam Bourgault. I just have one area I want to deal with and I can deal with it fairly quickly, and I think Madam Bourgault will follow up if she may.

Mrs. Bourgault: Thank you.

Mr. Halliday: I am interested in pursuing the topic which Mr. Orlikow raised on the subject of the Eastman report. I have listened to questioning on this before, Mr. Minister, from Mr. Orlikow to the Minister of National Health and Welfare and his officials, and I certainly have the impression that Mr. Orlikow is more concerned about the prices and the costs of drugs than he probably is about the quality of health care. To me, quality comes first and has to come first.

[Translation]

part. En fin de compte, cette création d'emplois sera toute à l'avantage des consommateurs. Comme l'a dit M. Wilson—et je le crois vraiment—ce budget est juste, équitable, et je pense qu'il permettra ce redressement dont notre pays a besoin et qui nous ouvrira la porte de la prospérité.

M. Rompkey: Permettez-moi de vous signaler, monsieur le ministre, que dans de nombreuses régions du pays l'industrie ne tourne qu'à 75 p. 100. Tant qu'elle ne tournera pas à 100 p. 100, il n'y aura pas de nouveaux investissements. Permettez-moi aussi de vous signaler que dans certaines régions—dans les provinces atlantiques, par exemple—le secteur privé ne représente que 20 p. 100 du produit provincial brut alors que le secteur public, tous paliers confondus, en représente 80 p. 100. En outre, une grande partie des budgets de ces provinces vient directement du gouvernement fédéral.

En conséquence, les consommateurs de la région atlantique, ce me semble—et il importe de le signaler—vont souffrir doublement: non seulement, ils devront supporter le fardeau de tous les consommateurs, l'augmentation des prix pour tous les consommateurs, mais ils souffriront du manque d'augmentation de la croissance des paiements de transfert et ils souffriront également de la réduction des dépenses gouvernementales. Il importe que tous les députés, de quelque parti qu'ils soient, le comprennent, et je crois, monsieur le ministre, que je manquerais à mon devoir en ne le signalant pas à la première occasion, car c'est la réalité.

Nous avons rencontré, et il est possible que le caucus conservateur les ait rencontrés également, les responsables du Conseil économique des provinces atlantiques, et leurs conclusions sont les mêmes que les nôtres: la réduction des dépenses fédérales et les augmentations pour les consommateurs désavantageront doublement la région atlantique. En fait, au cours des prochains mois, le taux de croissance dans cette région sera négatif.

Mon temps est terminé, monsieur le président? Merci beaucoup.

Le vice-président: Non, votre temps n'était pas terminé. Merci, monsieur Rompkey. Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Si vous me le permettez, j'aimerais partager mes dix minutes avec ma collègue, M^{me} Bourgault. Je n'ai qu'une question à poser et cela ne devrait pas prendre longtemps. M^{me} Bourgault pourra prendre ma succession si elle le désire.

Mme Bourgault: Merci.

M. Halliday: La question évoquée par M. Orlikow au sujet du rapport Eastman m'intéresse. J'ai déjà écouté, monsieur le ministre, M. Orlikow poser des questions à ce sujet au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et à ses fonctionnaires, et j'ai la nette impression que M. Orlikow s'intéresse plus au prix de revient et au prix de vente des médicaments qu'il ne s'intéresse à leur qualité. J'estime que la qualité a la priorité et doit avoir la priorité.

[Texte]

We understood, from answers given by the officials when the questions were asked previously of Health and Welfare, that it is true that some regulation exists and some surveillance exists over new drugs about to be used. However, I think, if I recall correctly—and I would stand to be corrected—there is no ongoing evaluation of the quality of generic drugs or their reliability, in so far as being consistent in terms of a standard. This is not pursued by any of our departments, and that bothers me, Mr. Chairman, from the point of view of quality health care.

I want to ask the Minister if he can assure us that, before he comes to his decision, he will be sure to have input from the teaching hospitals of this country as to what they are actually doing, what their practice has been. Is their practice, in general, to use generic drugs or is their practice to use the brand name drugs? Perhaps he knows that answer now, but I can appreciate that he might not. All I really want is a commitment from him that they will be consulted.

Secondly, I would hope that the professors of pharmacology, who are the experts in this country in this area, would likewise be consulted with respect to quality. That is my concern. I think too often politicians are more concerned about prices and costs in health care and much less concerned about the quality, and that really bothers me. Thank you.

Mr. Côté (Langelier): To comment on that question, I might say that I think what I have in mind regarding the pharmaceutical issue is I want to make sure that we are really going to have, in this country, a system which will benefit all consumers. The benefit to the consumers, like you say, is not necessarily in having the lowest cost. It is the main objective; I agree with that, but the problem is that we have here a system whereby we are controlling price by addressing to the intellectual property. That is what we have. Dr. Eastman, is, in a way, correcting or suggesting that we should bring some recommendation to this, because he is saying that they should have a four-year period of exclusivity after the notice of compliance. He is also saying that after that, the CDMA industry should pay a royalty to a foundation of 14%.

That also concerns us; but at the end of it we also have, as an objective, the health of the people. We want to make sure, in this country, that research and development, the research industry and fundamental research in the pharmaceutical industry will be created so that in a certain number of years Canadian people will benefit. They will benefit because we will make sure that we keep the prices as low as possible but take care of their health, as well. That is what I think we have to take...

• 1945

You can be reassured that I intend to hear all people or all interested groups who want to express their views. Even if they already have with Dr. Eastman, there are still some people we think it would be useful for us to hear from again. We know that the provinces—for instance, the nurses, the pharmacists, all these people, should maybe again have a chance to express their views. That is why we are saying that we are giving a chance to them to react to Dr. Eastman, because nobody knew

[Traduction]

D'après les réponses qui nous ont été données par les fonctionnaires de la Santé et du Bien-être, il semblerait exact que les nouveaux médicaments sur le point d'être commercialisés sont assujettis à certains règlements et à un certain contrôle. Cependant, si je me souviens bien—il est possible que je me trompe—la qualité ou la fiabilité des médicaments génériques n'est pas assujettie à une évaluation permanente. Aucun de nos ministères ne semble le faire, et cela m'inquiète, monsieur le président, sur le plan de la qualité des soins.

J'aimerais que le ministre nous garantisse qu'avant de prendre sa décision, il consultera les hôpitaux universitaires pour leur demander quelle est leur pratique actuelle. Se servent-ils généralement des médicaments génériques ou des médicaments de marque? Qu'il puisse me donner ou non cette réponse maintenant, importe peu. Tout ce que je veux, en réalité, c'est qu'il me garantisse qu'ils seront consultés.

Deuxièmement, j'espère que les professeurs de pharmacologie, qui sont les experts dans ce domaine, seront également consultés pour ce qui est de la qualité. Je crois que trop souvent les politiciens s'intéressent plus aux prix de vente et aux prix de revient de la santé qu'à la qualité, et je trouve cela très inquiétant. Merci.

M. Côté (Langelier): En matière pharmaceutique, mon objectif pour ce pays, est un système protégeant l'intérêt de tous les consommateurs. Comme vous venez de le dire, réduire au maximum les prix ne protège pas forcément l'intérêt des consommateurs. C'est notre principal objectif, j'en conviens, mais notre problème est que nous avons un système où nous contrôlons les prix par le biais de la propriété intellectuelle. C'est ce que nous avons. M. Eastman, d'une certaine manière propose de modifier ce système en suggérant une période de quatre années d'exclusivité après le dépôt de l'avis de conformité. Il suggère également qu'après cette période, l'industrie pharmaceutique verse des droits de 14 p. 100 à une fondation.

Nous hésitons, car en fin de compte, notre objectif est la bonne santé de la population. Nous voulons que l'industrie pharmaceutique de notre pays fasse de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée afin que d'ici un certain nombre d'années la population canadienne en tire les bénéfices. Elle en tirera les bénéfices, car nous ferons en sorte que le maintien des prix au plus bas niveau ne se fasse pas au détriment de la qualité. C'est la raison pour laquelle nous devons...

Je peux vous assurer que j'ai l'intention d'entendre tous les groupes et tous les intéressés qui veulent exprimer leur point de vue. Même si ces personnes l'ont déjà fait pour la rédaction du rapport Eastman, il serait utile de réentendre certaines d'entre elles. Nous savons que les gouvernements provinciaux, les infirmiers et infirmières, les pharmaciens devraient tous avoir une nouvelle possibilité d'exprimer leurs points de vue. C'est la raison pour laquelle nous voulons accorder à ces personnes la

[Text]

what would be Dr. Eastman's recommendation. Now that the Eastman report is public, we want to give a chance to everyone to react. It is a government of consultation, and we really want to give a chance to everyone to have it like that and understand it like it should be.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. May I share my time now with Mrs. Bourgault?

Mme Bourgault: Merci beaucoup. *Thank you very much, Bruce, I really appreciate it.* Monsieur le ministre, je suis contente de vous voir. Vous savez que je suis très concernée par les propriétés isolées à la mousse d'urée-formaldéhyde. J'ai constaté, monsieur le ministre, que comme députés, nous voyons le problème d'une manière différente. Je m'explique. Quand nous arrivons dans nos comtés, nous rencontrons des personnes avec ce problème—qui est un problème sérieux pour leur santé. Ils nous demandent de faire quelque chose. Je leur rappelle qu'il existe des programmes donnant accès à des fonds pour les aider à enlever la mousse de leur maisons. Plusieurs personnes protestent en disant que ce que vous nous donnez ne rencontre pas les frais que ça coûte. Les études, apparemment, n'auraient pas été faites d'une manière équitable. Bref, plusieurs personnes de mon comté se plaignent. Puisque vous êtes en fonction, monsieur le ministre, qu'avez-vous l'intention de faire face à ce problème? Vous n'êtes pas sans connaître l'impact direct sur la vente de leurs propriétés. Ils sont obligés de le mentionner quand ils mettent la maison en vente. C'est tout un problème. Où s'en va-t-on avec ce problème?

M. Côté (Langelier): Pour répondre à cette question, monsieur le président, je voudrais d'abord dire à ma collègue que lorsque le problème de la mousse isolante d'urée-formaldéhyde est survenu, le gouvernement précédent avait estimé qu'à peu près 100,000 demeures étaient affectées. On a donc mis en place un système d'assistance. Le gouvernement voulait ainsi reconnaître les problèmes inhérents à la mousse d'urée-formaldéhyde. Il voulait reconnaître et prendre conscience qu'effectivement, il y avait un problème. Il a donc instauré une assistance financière de 5,000\$. Cela ne doit pas être vu comme une compensation pour des dommages, mais comme une reconnaissance du problème. Pour assumer cette responsabilité sociale le gouvernement se devait de porter une attention à ce problème. Depuis ce temps, nous avons traité, si je peux m'exprimer ainsi, à l'intérieur du Ministère, plus de 50,000 demandes. Le gouvernement précédent avait dit, au mois de juin 1983, que toutes les demandes devaient être reçues pour le mois de juin 1983. À cette date, nous avions reçu de 62,000 à 63,000 demandes. À la demande du public, le gouvernement a repoussé la date de juin 1983 à septembre 1983. Comme il fallait s'y attendre, des demandes additionnelles sont arrivées. À partir de cette date, des conditions devaient être respectées par les propriétaires de ces maisons. Aujourd'hui, 50,000 de ces demandes ont été traitées et les gens ont été remboursés. Il en reste encore 12,000 à rembourser. Le gouvernement n'a pas établi de date limite pour dire: Si vous n'avez pas fait de réparations, vous n'aurez pas vos 5,000\$, ou vous devez faire les réparations pour avoir vos 5,000\$. C'est un problème que l'on examine actuellement.

[Translation]

possibilité de réagir au rapport Eastman, car personne ne savait quelles seraient ses recommandations. Maintenant que le rapport Eastman a été rendu public, nous voulons donner à tous les intéressés la possibilité de réagir. Notre gouvernement fonctionne par voie de consultation, et nous voulons donc accorder cette possibilité à tous les intéressés.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Puis-je maintenant donner le reste de mon temps à M^{me} Bourgault?

Mrs. Bourgault: Thank you very much. *Merci beaucoup, Bruce, je vous en suis très reconnaissante.* Mr. Minister, I am pleased to see you here this evening. As you know, I am very concerned about the problem of UFFI homeowners. I have noticed, Mr. Minister, that as members of Parliament, we see the problem differently. Let me explain what I mean. When we go to our ridings, we meet with individuals facing this problem—and it is a serious health problem. They ask us to do something. I remind them that there are programs which provide financial assistance for the removal of UFFI from their homes. A number of these people complain that the amount provided by the programs is not enough. They maintain that the studies were not done fairly. So I am getting complaints from a number of my constituents. Since this problem is one of your responsibilities, Mr. Minister, what do you intend to do about it? As you know, the presence of urea formaldehyde foam insulation has a direct impact on the resale value of these homes. Homeowners have to indicate this fact when they put their house up for sale. It is quite a problem. What plans do you have for solving it?

Mr. Côté (Langelier): In answer to the question, Mr. Chairman, I would first like to tell my colleague that when the UFFI problem came up, the previous government estimated that there were approximately 100,000 homes affected. An assistance program was therefore set up. This was the government's attempt to recognize the problems related to UFFI. The government wanted to acknowledge that a problem did exist. It therefore set up a program that provided homeowners with financial assistance of \$5,000. This amount should not be seen as compensation for damages, but rather as an acknowledgement of the problem. In order to assume social responsibility, the government had to focus some attention on the problem. Since that time, the department has processed more than 50,000 applications. In June of 1983, the previous government said that all applications were to be submitted by June, 1983. We had received between 62,000 and 63,000 applications at that time. As a result of public pressure, the government extended the deadline from June 1983 to September 1983. As was to be expected, additional applications were submitted. As of that date, UFFI homeowners had to comply with certain conditions. Fifty thousand of these applications have been processed so far and payments sent out to homeowners. There are still 12,000 homeowners waiting for payment. The government has not set a deadline for doing repairs, nor has it told homeowners that they must do the repairs in order to get the \$5,000 payment. We are looking at this problem at the present time.

[Texte]

• 1950

Il y a aussi l'aspect santé. L'aspect financier concernait le gouvernement précédemment comme il concerne le gouvernement actuel, mais il y a aussi l'aspect santé. Le Conseil national de recherches, en collaboration avec le ministère de la Consommation et des Corporations, avait un mécanisme de recherche sur les conséquences au niveau de la santé. On aura probablement les résultats au cours des prochains mois. Le Conseil national de recherches a toujours des budgets à cet effet. Je pense que l'on sera en mesure d'annoncer des nouvelles relativement aux conséquences sur la santé au cours des prochains mois.

Comme vous le savez sans doute, il se fait aussi une enquête épidémiologique qui relève du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Cette étude est en marche depuis déjà deux ans et elle a pour but de déterminer s'il y a vraiment eu une épidémie et, si oui, quelles en ont été les conséquences, les causes, les statistiques. Tous ces aspects sont examinés. Je vous ai brossé un tableau très succinct, mais qui vous indique quelles sont les intentions et les préoccupations du gouvernement relativement à ce problème.

Le vice-président: Monsieur Berger.

M. Berger: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, c'est la première fois que je vous vois en comité. J'ai déjà été secrétaire parlementaire du ministre de la Consommation et des Corporations. Je connais donc un peu le fardeau de vos responsabilités. Il y a peu de gens qui le savent, mais il s'agit peut-être de l'un des ministères les plus difficiles à maîtriser. Il y a la Loi sur la faillite, la concurrence, la question du droit d'auteur, la MIUF. Il y avait aussi le projet de loi S-31 quand j'étais secrétaire parlementaire; je ne vous souhaite pas d'avoir un projet de loi S-31. Je n'ai pas mentionné le système métrique, et j'en passe. Je vous souhaite beaucoup de succès avec votre nouvelle législation dans les domaines de la faillite et de la concurrence. J'espère que vos propositions seront sages. Si elles ne le sont pas, nous serons là pour vous critiquer, vous pouvez en être sûr.

Cela dit, je dois vous dire que je suis passablement déçu de la réponse que vous avez donnée tout à l'heure à M. Orlikow quant à l'avenir du Bureau des brevets, ainsi que de la réponse que vous m'avez donnée hier en Chambre. Vous avez dit que le Canada voudrait, comme le propose le comité Nielsen:

... examiner les conditions de ratification de l'adhésion du Canada au Traité de Coopération en matière de brevets, évitant ainsi un doublement d'efforts que les pays doivent faire dans l'examen des brevets.

Je cite ici la réponse que vous avez donnée en Chambre hier.

Il y a toute une différence, si je peux dire, entre l'adhésion à ce traité et les propos du comité Nielsen qui disait:

Après la modification de la Loi sur les brevets, pour faire en sorte que le Canada adhère au traité, le gouvernement mettra fin à l'examen de ces derniers (les brevets) dans l'administration fédérale et confiera à contrat à des autorités internationales de recherche l'examen des brevets déposés d'abord au Canada.

[Traduction]

There is also the question of health problems. Both the previous and the present government were concerned about the financial aspect of the problem, but there is also the health aspect. The National Research Council, in co-operation with the Department of Consumer and Corporate Affairs, set up a research program on the effects of UFFI on health. The results will probably be available within the next few months. The National Research Council has always had a budget for this work. I think we will be able to make an announcement regarding the effects of UFFI on health in the next few months.

As you no doubt know, there is also an epidemiological study being conducted by the Department of National Health and Welfare. The study has been under way for two years, and is to determine whether or not there really was an epidemic. If there was an epidemic, the study will provide information on the causes and consequences, as well as various statistics. The government is looking at all these aspects. While I have given you only a brief overview of the situation, it does show you the government's intentions and concerns regarding this problem.

The Vice-Chairman: Mr. Berger.

Mr. Berger: Thank you, Mr. Chairman.

This is the first time I have seen you at a committee meeting, Mr. Minister. I was once the parliamentary secretary to the Minister of Consumer and Corporate Affairs. I therefore have some idea of your many responsibilities. Many people do not realize that Consumer and Corporate Affairs may be one of the most difficult departments. Your responsibilities include the Bankruptcy Act, combines investigation, copyright and UFFI. There was also Bill S-31 when I was parliamentary secretary, and I would not wish that on you. There is also the metric system and a number of other areas as well. I wish you a good deal of success with the new legislation on bankruptcy and combines investigation. I hope that your proposals will be wise. If they are not, you can be sure that we will be criticizing them.

I must tell you that I was quite disappointed with the answer you gave Mr. Orlikow earlier regarding the future of the Patent Office, and with the answer you gave me in the House yesterday. You told me that, as the Nielsen committee recommends, Canada would like:

... to examine the ratification conditions of Canada's accession to the Patent Co-operation Treaty, thereby avoiding duplication with the countries that must examine patents.

I am quoting the answer you gave in the House yesterday.

There is quite a difference between acceding to the treaty and what is suggested by the Nielsen committee:

Following amendment of the Patent Act, to provide for Canada's accession to the treaty, the government will terminate departmental patent examinations and will contract with international searching authorities for examinations of patents first filed in Canada.

[Text]

• 1955

Depuis que cette bombe nous est arrivée, j'ai parlé longuement avec le président de l'Institut canadien de brevets, un éminent juriste qui a travaillé toute sa vie dans ce domaine. J'ai lu avec intérêt une publication de votre ministère, *Introduction aux brevets*, qui décrit le processus d'examen d'un brevet. J'allais résumer cela, mais je vais m'en abstenir. Vous dites que les examinateurs de brevets «étudient les demandes en s'assurant que les inventions sont nouvelles, utiles et non évidentes». Ils déterminent si le brevet doit être accordé en fonction des lois canadiennes. Bien sûr, ils doivent déterminer si l'invention est originale, non seulement au Canada, mais dans le monde entier. Si j'ai bien compris, quand quelqu'un fait une demande de brevet, l'examineur demande des références ou voit s'il y a des objections dans le pays d'origine; il demande à l'inventeur de fournir ces renseignements-là. On est déjà très liés à ce qui se passe ailleurs dans le monde.

Certains m'ont expliqué que l'adhésion au traité peut rendre notre bureau plus efficace. Nous n'y voyons aucune objection. Mais je vous demande de nous expliquer cette contradiction entre l'adhésion à ce traité et les mots de cette recommandation:

Le gouvernement mettra fin à l'examen des brevets dans l'administration fédérale et confiera à contrat à des autorités internationales l'examen des brevets déposés d'abord au Canada.

M. Côté (Langelier): D'abord, je vous remercie de vos bonnes paroles. Vous savez quels sont les problèmes inhérents au secteur de la consommation et des corporations. Vous parliez tout à l'heure de sagesse dans les décisions. Je pense qu'on est sur la bonne voie. La décision concernant le système métrique en est peut-être une preuve.

Vous avez également mentionné vos préoccupations relativement au Bureau des brevets. Ce qu'il faut voir, comme vous l'avez mentionné, c'est comment le Canada pourrait bénéficier d'une meilleure utilisation d'un système international de brevets. Je pense que c'est en adhérant au Traité de Coopération en matière de brevets.

Comme je le signalais tout à l'heure, et comme vous l'avez aussi mentionné en relevant quelques détails de cette brochure sur les différents aspects du travail des examinateurs de brevets, il reste à préciser... Le document dont vous faites état s'intitule *Les nouvelles initiatives de gestion*; ce sont les recommandations du groupe d'étude de M. Nielsen. Dans l'introduction, on mentionne également que les différents ministres ont comme mandat d'examiner dans quelle mesure ils peuvent mettre à profit les recommandations qui sont proposées.

Quant à nous, et c'est ce que je vous ai dit dans ma réponse hier, nous désirons nous assurer d'avoir le système de brevets le plus efficace possible, en donnant le meilleur service possible et au meilleur coût possible. Et il est évident qu'il nous reste à préciser dans quelle mesure nous pouvons mettre ces recommandations à profit.

[Translation]

Since this bomb dropped, I have had a long discussion with the president of the Canadian Patent Institute, who is an imminent lawyer who has spent his life working in this field. I have read your department's publication entitled *Introduction to Patents*, which describes the process of examining a patent. I was going to summarize the process, but I have decided against that. The brochure says that patent examiners "study applications to ensure that inventions are new, useful and not obvious". The examiners determine whether or not the patent can be granted in accordance with Canadian laws. They must also determine whether the invention is original, not only in Canada, but in the whole world. If I understood correctly, when a person applies for a patent, the examiner asks for references or determines whether there are any objections in the country of origin. He asks the inventor to provide this information. We are already very closely tied to what happens elsewhere in the world.

Some individuals have told me that our patent office could be more efficient if Canada were to approve of the treaty. We have no objection to that. However, I would ask you to explain why there is this contradiction between approving of the treaty and the wording of the recommendation:

The government will terminate departmental patent examinations and will contract with international searching authorities for examinations for patents first filed in Canada.

Mr. Côté (Langelier): Thank you very much for your kind remarks. You are very familiar with the work of the Department of Consumer and Corporate Affairs. You referred earlier to wise decisions. I think we are on the right track. The decision concerning the metric system is perhaps evidence of this.

You also mentioned your concerns with respect to the Patent Office. As you said, we have to determine how Canada could benefit from better use of an international patent system. I think Canada could benefit by acceding to the Patent Cooperation Treaty.

As I was saying earlier, and as you mentioned in referring to the brochure that describes the work of patent examiners, we still have to clarify... the document to which you referred is entitled "New Management Initiatives". These are the recommendations made by Mr. Nielsen's task force. In the introduction to this report, the point is made that it is the responsibility of ministers to determine to what extent they can usefully implement the proposed recommendations.

As I said in my answer yesterday, we want to ensure that we have the most efficient patent system possible, copyrighting the best possible service at the lowest possible cost. It goes without saying that we still have to determine to what extent we can usefully implement these recommendations.

[Texte]

• 2000

M. Berger: Oui, j'ai une autre question. Malheureusement j'avais plusieurs questions et il me faut choisir entre les trois ou quatre que j'ai devant moi.

Le vice-président: Préférez-vous attendre au deuxième tour, monsieur Berger?

M. Berger: D'accord. Mais pour le moment je poserai une deuxième question. Le ministre doit savoir que les les reportages dans les journaux, ces derniers jours, n'ont pas été provoqués par les partis d'opposition; ils sont dus à une interprétation que les journalistes ont faite du document du groupe de travail de M. Nielsen. Ce qui provoque non seulement une certaine incertitude, mais une grande incertitude, dans les milieux juridiques et, peut-être, dans les milieux technologiques et scientifiques. Je comprends donc que le ministre précise de quelle façon il faut implanter cette recommandation. Sans faire de partisanerie, je dois dire que la façon dont cette recommandation est rédigée est quelque peu irresponsable. Monsieur le ministre, vous devez connaître tout ce processus d'examen qui se fait à l'heure actuelle. Vous devez savoir qu'il est impossible de mettre fin à l'examen des brevets, au Canada, si on veut rencontrer les besoins de notre pays et respecter notre législation.

Le vice-président: Monsieur Berger, puis-je vous rappeler que votre temps est écoulé?

M. Berger: Je vous suggère encore de renoncer à cette recommandation, de rassurer le public et les intéressés . . .

Le vice-président: Monsieur Berger, puis-je vous rappeler, une dernière fois, que votre temps est écoulé; si vous voulez bien respecter la procédure . . .

M. Berger: J'ai terminé.

Le vice-président: Merci bien.

M. Côté (Langelier): Puis-je répondre aux questions?

Vous mentionniez dans votre deuxième exposé que cette recommandation vous apparaît tout à fait irresponsable. Je pense au contraire que c'est dans l'intérêt des Canadiens que cette recommandation est mise de l'avant. Je l'ai mentionné déjà, à plusieurs occasions: il reste encore beaucoup de détails et de précisions à apporter. Il reste également à discuter comment il sera possible d'implanter ces recommandations. J'ai mentionné aussi, tout à l'heure, qu'il fallait tenter d'adhérer à ce traité. Mais vous savez que ce projet nécessite, à coup sûr, des discussions avec les pays concernés. Il ne se réalisera pas du jour au lendemain. Il en est de même pour les demandes de brevets en cours; il ne faut pas s'attendre à ce qu'elles soient réglées demain ou prises en considération dans l'adhésion de ce nouveau traité. C'est donc dire qu'il reste encore beaucoup de détails et beaucoup de précisions à apporter.

Je voudrais, ce soir, vous rassurer en vous disant que mon mandat, comme ministre de la Consommation et des Corporations, est évidemment de mettre à profit les recommandations du groupe d'étude Nielsen. C'est ce que nous entendons faire.

[Traduction]

Mr. Berger: Yes, I have another question. Unfortunately, I will have to choose among the three or four questions I would like to ask.

The Vice-Chairman: Do you prefer to wait for the second round, Mr. Berger?

Mr. Berger: All right. I will ask a second question now, however. The Minister must know that the newspaper reports in recent days are not the result of the efforts of the opposition parties. They are rather the result of the journalists' interpretation of the Nielsen Task Force Report. This interpretation is giving rise to great uncertainty in the legal, technological and scientific communities. I therefore understand that it is up to the Minister to specify how the recommendations should be implemented. Without wishing to engage in partisan politics, I must say that the recommendation as it stands at the moment is somewhat irresponsible. Mr. Minister, you must be familiar with the whole process of examination that is carried out at the present time. You must realize that it is impossible to terminate patent examination in Canada if we are going to meet our country's needs and comply with our laws.

The Vice-Chairman: Mr. Berger, I would remind you that your time has expired.

Mr. Berger: I would suggest once again that you disregard this recommendation, and reassure the public and the groups concerned . . .

The Vice-Chairman: For the last time, Mr. Berger, I would like to remind you that your time is up. If you would kindly respect the procedures . . .

Mr. Berger: I am finished.

The Vice-Chairman: Thank you very much.

Mr. M. Côté (Langelier): May I answer the questions?

You said in your second intervention that you find this recommendation completely irresponsible. I think, on the contrary, that it is in the interest of Canadians that this recommendation be brought forward. As I have said on a number of occasions, we still have to obtain many details and clarifications. We also have to talk about how we could implement these recommendations. As I said earlier as well, we had to try to accede to this treaty. As you know, such a project necessarily involves discussions with the countries concerned. It will not be done overnight. The same is true of patent applications that are being processed at the present time. It should not be expected that they will be finalized overnight or considered in our discussions on Canada's accession to the new treaty. I would repeat again that there are still many details and clarifications to be obtained.

As Minister of Consumer and Corporate Affairs, I would like to reassure you this evening by telling you that it is obviously my job to make the best use of the recommendations made by the Nielsen Task Force. That is what we intend to do.

[Text]

Mais il faudra, évidemment, apporter des précisions, des détails et des modalités d'application. Nous serons en mesure de les évaluer et de les connaître durant les semaines qui suivront.

• 2005

Je pense donc qu'avant de conclure et d'en venir à cette décision que vous mentionniez tout à l'heure et dont les journaux font état . . . D'ailleurs, je pense que vous êtes en vie politique depuis déjà assez longtemps pour vous savoir qu'il y a souvent des nuances entre ce qu'on rapporte dans les journaux et la réalité.

The Vice-Chairman: Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: Thank you, Mr. Chairman. My questions are concerning the Bankruptcy Act, and I guess I could start with a very short one. When are you intending to table the new bankruptcy bill?

Mr. Côté (Langelier): As you probably know, I have already created an advisory committee formed from trustees and lawyers who have a tremendous background expertise in this matter. This committee has already been meeting for, I would say, a month or a month and a half. They are supposed to report to me by the end of June. I think I will need a couple of months during the summer, probably, to study these recommendations, and if everything goes well, I would like to come up with some final recommendations to the Cabinet by some time this coming fall.

Mr. McCrossan: I have two specific questions about the Bankruptcy Act or modifications you might have in mind.

One concerns what I will call bankruptcy artists. I think it is fairly well known that under the current act people who can see a bankruptcy coming can run up their inventories and then basically sell them at cost or below or at a very small margin to realize cash to get out of the business, or indeed, just get the inventories to satisfy the secured creditors and leave the unsecured creditors, being their suppliers, high and dry. I think there is a fairly strong feeling among small businessmen, particularly, that they are being victimized by the current bankruptcy process. Do you agree there is a problem, and what sort of suggestions have you had to cure this?

Mr. Côté (Langelier): We have asked the committee to look into different areas of major concern. You know there are lots of new projects that the previous government tried to introduce without any success in the last 10 years. We think we should try to amend some specific areas, and the major ones I am thinking of are the wage earners. We want also to address the ones I should call unsecured creditors, people who, as you say, are increasing their stocks 30 days or 20 days before going bankrupt so that the companies that just sold the products do not have any guarantee at all. Everything goes to the bank, and these companies are losing a tremendous amount of money without being able to look at it or do anything but file a claim under the Bankruptcy Act.

[Translation]

Of course, we will have to have clarification and details about how to implement them. We will be in a position to assess them and look at them closely in the weeks ahead.

So I think that before we come to a conclusion and we come to that decision that you mentioned earlier and that was reported in the newspaper—as a matter of fact I think that you have been in politics long enough to know that there are often slight differences between what is reported in the newspapers and reality.

Le vice-président: Monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Merci, monsieur le président. Mes questions concernent la Loi sur la faillite et je pourrais commencer par une toute petite question. Quand avez-vous l'intention de déposer ce nouveau projet de loi sur la faillite?

M. Côté (Langelier): Comme vous le savez probablement, j'ai déjà constitué un comité consultatif formé d'administrateurs et d'avocats dont la compétence est énorme dans ce domaine. Ce comité a déjà commencé à se réunir, je dirais, depuis un mois ou un mois et demi. Il est censé me communiquer son rapport à la fin juin. Je suppose qu'il me faudra probablement un ou deux mois pendant l'été pour étudier ses recommandations et, si tout va bien, je devrais présenter mes dernières recommandations au cabinet au courant de l'automne.

M. McCrossan: J'ai deux questions précises à vous poser au sujet de la Loi sur les faillites ou au sujet des modifications que vous envisagez.

Premièrement, il y a ceux que j'appelle les artistes de la faillite. Il est de notoriété publique que la loi actuelle permet à ceux qui voient venir la faillite de vendre leur stock au prix coûtant à perte, ou de le réaliser avec une toute petite marge de bénéfice, ou simplement de le vendre pour payer leurs créanciers garantis laissant leurs créanciers non garantis, c'est-à-dire leurs fournisseurs, sans rien. Je crois que les petits fournisseurs, surtout, s'estiment victimes de la loi actuelle. Pensez-vous aussi qu'il y a un problème et quelles solutions proposez-vous?

M. Côté (Langelier): Nous avons demandé à ce comité d'étudier plusieurs de ces domaines très litigieux. Vous savez que le gouvernement précèdent a essayé sans succès d'introduire nombre de nouvelles propositions au cours des dix dernières années. Nous pensons qu'il faudrait essayer d'apporter des modifications dans certains domaines précis et celui des salariés me semble le plus important. Il y a également le cas de ces créanciers non garantis. Comme vous l'avez dit, certains augmentent leur stock 30 ou 20 jours avant la faillite et les fournisseurs qui viennent de leur vendre ces produits n'ont absolument aucune garantie. Ce sont les banques qui empochent tout, et les fournisseurs perdent d'énormes sommes d'argent, leur seul recours étant de déposer une demande auprès des administrateurs de la Loi sur la faillite.

[Texte]

I would like to have a kind of chapter 11 in the Bankruptcy Act as well, and the reason is that I believe there should be a last exit where a company could be kept in operation, because there is still good management there more often than not. The jobs are there; the employees are the last people who know their company will go bankrupt the day after or things like that. So by having a kind of exit like that, as it is in the states, we really believe that will answer the business milieu. That is what people want.

• 2010

Mr. McCrossan: I think the idea of a Chapter 11, "Protection From Creditors", is a very useful one for what I would call an honest ongoing business that suffers a misfortune. But what concerned me in my question was that I think there is evidence of people pushing several companies in a row into insolvency, following the same general pattern that usually involves running up inventories and victimizing the unsecured creditors. So far, these people seem to be getting away scott-free. I have difficulty believing that we should allow them to continue to escape basically without damaging other businesses they might put under and escaping scott-free themselves.

Mr. Côté (Langelier): This is a very important point which the committee is already looking after, and I am sure that good recommendations will come on that issue.

Mr. McCrossan: On the other side of the coin, it looks to me as if you are lengthening the list of preferred creditors. You mentioned employee claims on the company. I understand that some provinces have recently introduced legislation that might have the effect of making pension funds preferred creditors. How are you resolving the conflicts between, say, the federal government creating preferred creditors through the Bankruptcy Act and provincial governments creating preferred creditors through provincial legislation?

Mr. Côté (Langelier): Well, as you probably know, the Bankruptcy Act is a federal law. With the expertise we have on this committee from lawyers, as well as from trustees who have to deal with bankruptcy and mandates every day, they will probably address that issue and come out with the recommendations we are expecting from it.

My concern is that right now the act says that an employee is protected up to \$500 or three months of... yes, you probably know that too. Well, go back to 20 or 30 years ago, at that time maybe that \$500 meant something and represented a reasonable amount of money an employee could put up as a claim on the Bankruptcy Act. Today, I think this does not represent a fair and reasonable threshold of claims. I have asked the committee to look at it and make some recommendations as to what the amount should be and what kind of claim, as a preference, should be included in this package as well.

Mr. McCrossan: Are you then thinking of an absolute dollar limit or of a limit with respect to, say, weeks of work?

[Traduction]

J'aimerais également avoir une sorte de chapitre 11 dans la Loi sur la faillite, car je pense que certaines compagnies devraient bénéficier d'une dernière chance, la qualité de la gestion entrant beaucoup moins souvent en jeu qu'on ne le pense. Ces compagnies représentent des emplois. Les employés sont les derniers à savoir que leur compagnie est sur le point de faire faillite ou l'apprennent le lendemain. En offrant cette dernière chance, comme aux États-Unis, nous pensons répondre à une demande générale. C'est ce que réclament les intéressés.

M. McCrossan: Cette idée de chapitre 11, cette idée de «protection des créanciers», est fort utile pour ces commerçants que je qualifierais d'honnêtes qui connaissent des malheurs. Cependant, la preuve a été faite qu'il existe des professionnels de la faillite qui chaque fois vendent leur stock au détriment des créanciers non garantis. Jusqu'à présent, ces professionnels semblent s'en tirer sans aucun problème. Je n'arrive pas à comprendre que nous puissions envisager de continuer à les laisser s'en tirer à si bon compte même si leurs fournisseurs étaient protégés par un chapitre 11.

M. Côté (Langelier): C'est un point très important étudié par ce Comité, et je suis certain qu'il fera de bonnes recommandations.

M. McCrossan: Le revers de la médaille, c'est qu'il me semble que vous allongez la liste des créanciers garantis. Vous avez parlé des employés. Je crois comprendre que certaines provinces viennent de déposer des mesures législatives faisant des fonds de pensions des créanciers privilégiés. Comment résoudrez-vous ce conflit potentiel entre, disons, le gouvernement fédéral qui crée des créanciers privilégiés par le biais de la Loi sur la faillite et les gouvernements provinciaux qui créent des créanciers privilégiés par l'intermédiaire de mesures législatives provinciales?

M. Côté (Langelier): Comme vous devez le savoir, la Loi sur la faillite est une loi fédérale. Ce Comité étant composé de juristes et d'administrateurs dont le métier est de régler les problèmes de faillite, il est probable qu'il trouvera les solutions à ce problème et qu'il fera les recommandations que nous attendons de lui.

A l'heure actuelle, la loi accorde à un employé jusqu'à 500\$ ou trois mois de... Oui, vous devez probablement également le savoir. Il y a 20 ou 30 ans 500\$ signifiaient peut-être quelque chose et devaient représenter une somme raisonnable d'argent pour un employé en cas de faillite. Aujourd'hui, je ne pense pas que cela constitue une somme raisonnable et juste. J'ai demandé au Comité d'étudier la question et de faire des recommandations quant au montant et au genre de réclamations, préférentiels, qui devraient être également inclus.

M. McCrossan: Pensez-vous à une limite absolue en dollars ou à une limite correspondant, par exemple, au nombre de semaines travaillées?

[Text]

Mr. Côté (Langelier): Any alternative could be accepted. I did not say anything. I just said that I myself am concerned about that issue. It is the mandate of that committee to tell me how they see it. How the market, the milieu, the consumers and they themselves view it and, because of their experience, what they are ready to suggest.

Mr. McCrossan: Are they considering just to make wages preferred, or also benefits?

Mr. Côté (Langelier): No, no; everything.

Mr. McCrossan: Everything?

Mr. Côté (Langelier): Oh, yes.

Mr. McCrossan: If I may, Mr. Chairman, I will ask one question about the restrictive trade practices part of the department. Has your department examined the Dominion Stores breakup, the concentration in Ontario and the increased concentration in the food industry? Or do they have an investigation under way looking into the Dominion Stores breakup right now?

Mr. Côté (Langelier): You know that the investigation the director is having is more than often confidential, that it is his line of authority. I do not have any authority over the director. Therefore, for me it is a matter of confidentiality, and I cannot comment at this point in time.

Mr. McCrossan: I see. Thank you very much.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Mr. McCrossan. I would remind members that on the second round each will have five minutes. Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, you mentioned in your opening statement that you have an advisory committee on the competition bill.

• 2015

Mr. Côté (Langelier): Yes, yes.

Mr. Orlikow: I wonder if you could give us the names and the occupations of the members of that advisory committee. I would like assurances that the committee does not just include business people but that there are representatives of consumer and farmer and labour groups.

Mr. Côté (Langelier): Mr. Orlikow, the way in which I think it was best for me to proceed with the revision of the Combines Investigation Act was to create very restricted groups of people who have to deal with the law very frequently, who know exactly the difficulties and who also have to deal with the previous bill that was presented, Bill C-29, in May 1984. We asked them to sit around the table and come up with some recommendations.

Besides that, we have sent a kind of a discussion paper to more than 300 different groups. Out of that, we are receiving now reactions, views and comments.

We have also set up a committee of people who will have to take these recommendations; in other words, enlarge the group of consultation people we have. This will be going on in the next month. We will have the Consumers' Association

[Translation]

M. Côté (Langelier): Les deux sont tout aussi acceptables. Je ne me suis pas prononcé. J'ai simplement manifesté mon intérêt pour cette question. Ce Comité a pour mandat de me donner son point de vue. Il a pour mandat de me faire des propositions compte tenu de son expérience du marché, du milieu et des consommateurs.

Mr. McCrossan: Les salaires seraient-ils traités de manière préférentielle ou également les avantages sociaux?

M. Côté (Langelier): Non, non; tout.

Mr. McCrossan: Tout?

M. Côté (Langelier): Oh, oui.

Mr. McCrossan: Monsieur le président, avec votre permission, j'aimerais poser une question au sujet des pratiques commerciales restrictives. Votre ministère a-t-il étudié la question des magasins Dominion, la concentration en Ontario et l'augmentation de concentration dans le domaine de l'industrie alimentaire? Ou bien, la question des magasins Dominion fait-elle actuellement l'objet d'une enquête?

M. Côté (Langelier): Vous savez que les enquêtes que mène le directeur sont la plupart du temps à caractère confidentiel, et il a tous les pouvoirs. Je n'ai aucun pouvoir sur le directeur. En conséquence, compte tenu de ce caractère confidentiel, je ne peux pas vous répondre pour le moment.

Mr. McCrossan: Je vois. Merci beaucoup.

Le vice-président: Merci beaucoup, monsieur McCrossan. J'aimerais rappeler aux députés que le deuxième tour est de cinq minutes. Monsieur Orlikow.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, vous avez dit dans votre déclaration préliminaire avoir constitué un comité consultatif pour étudier le projet de loi sur la concurrence.

M. Côté (Langelier): Oui, oui.

M. Orlikow: Pourriez-vous nous donner le nom et la profession des membres de ce comité consultatif? J'aimerais être rassuré que ce Comité n'est pas simplement constitué de représentants du patronat mais également de représentants des consommateurs, des agriculteurs et des travailleurs.

M. Côté (Langelier): Monsieur Orlikow, j'ai pensé que la meilleure manière de procéder à la mise à jour de la Loi relative aux enquêtes sur les coalitions était de constituer des petits groupes très limités de personnes étant en contact très fréquent avec cette loi, en connaissant exactement les difficultés et ayant eu également à se pencher sur le projet de loi précédent, le Bill C-29, déposé en mai 1984. Nous leur avons demandé de se réunir et de nous faire des recommandations.

En outre, nous avons envoyé une sorte de document de travail à plus de 300 groupes différents. Nous recevons maintenant leurs réactions, leurs vues et leurs commentaires.

Nous avons également constitué un comité de ceux qui devront faire ces recommandations; en d'autres termes, nous avons élargi le groupe de consultation. Ce groupe se réunira le mois prochain. Des représentants de l'Association des consom-

[Texte]

represented there. We will have people also who represent—I am not saying consumers, but really protection of the Canadian people in general.

Sure, there will be business representatives there because I think that more than often a merger or transaction involves business. But we also want to have these people make sure that the consumer interest is protected in these deals. Some different views have been expressed to us by a group like the Consumers' Association. We find that their involvement in the redaction, if I might say, or the drafting of the final recommendations of the bill will be very useful. We asked them to help us on this.

So we are going to make sure and I am going to make sure that business will be there, but also that consumers will have their views.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, I am happy to hear that you are going to get the views of a very wide group of people, but you did not answer my question. Could you, not today, give to the members of the committee the names of that advisory committee to which you referred in your opening statement?

Mr. Côté (Langelier): Yes, Mr. Orlikow, I will be more than happy to do that because if I am sure it is already made public... When I created that committee I made a press release so I can give you a copy of that very shortly. Tomorrow I will make sure that you are going to have a copy.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, is it possible for you to give the members of the committee the background paper, the study that was done by the Nielsen committee which recommended that the patent office be closed?

Mr. Côté (Langelier): I think, Mr. Orlikow, this question should be addressed to Mr. Nielsen because he is in charge of the task force and he should be the one who should answer if he would be ready to make his recommendations known to the public.

Mr. Orlikow: Could you get for us at least the names of the people in the field, the people who make the discoveries and the lawyers who get the patents filed and so on? Is it possible to get that list?

Mr. Côté (Langelier): Well, you know that the Prime Minister created the task force and he asked Mr. Nielsen to chair the different groups of studies. They were coming from different business milieux, you might say. These are the people who made the studies and heard different opinions before they came to conclusions.

• 2020

Mr. Orlikow: What I am asking, Mr. Minister, is assurance that the people who are really involved in making the discoveries were consulted. I would hope they were. I would hope the committee was not so irresponsible that it did not consult. But when I read that the head of the institute, who is a researcher with Dupont, one of the largest companies in this country, was

[Traduction]

mateurs en font partie. Il y aura aussi des gens qui s'intéressent, je ne dirais pas directement aux consommateurs, mais qui s'intéressent à la protection de la population canadienne en général.

Bien entendu, il y aura des représentants du patronat car je pense que les fusions ou autres transactions les intéressent au premier chef. Il reste que nous voulons qu'en toutes circonstances les intérêts des consommateurs soient protégés. Des groupes comme l'Association des consommateurs nous ont déjà fait parvenir leurs commentaires. Nous pensons que leur participation à la rédaction des recommandations définitives, si vous le voulez, relatives à ce projet de loi sera très utile. Nous leur avons demandé leur aide.

Je tiens donc absolument à ce que le patronat soit présent, mais le point de vue des consommateurs sera également représenté.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, je suis heureux de vous entendre dire que de très nombreux groupes seront consultés, mais vous n'avez pas répondu à ma question. Pourriez-vous, pas aujourd'hui, donner aux membres de notre Comité le nom des membres de ce comité consultatif dont vous parlez dans votre déclaration?

M. Côté (Langelier): Oui, monsieur Orlikow, je le ferai avec plaisir car je suis certain que ces noms ont déjà été rendus publics... lorsque j'ai constitué ce comité, j'ai publié un communiqué de presse dont je pourrais vous faire parvenir très rapidement une copie. Je prendrai mes dispositions pour que vous en ayez une demain.

M. Orlikow: Monsieur le ministre, vous est-il possible de nous donner le document, l'étude qui a été préparée par le Comité Nielsen recommandant la fermeture du bureau des brevets?

M. Côté (Langelier): Je crois, monsieur Orlikow, que vous devriez poser cette question à M. Nielsen car c'est lui qui a la responsabilité de ce groupe d'étude et c'est lui qui devrait vous dire si oui ou non il est disposé à communiquer ses recommandations au public.

M. Orlikow: Pourriez-vous pour le moins nous communiquer le nom des inventeurs et des avocats qui déposent les brevets, etc.? Est-il possible d'avoir cette liste?

M. Côté (Langelier): Vous savez que c'est le Premier ministre qui a créé ce groupe d'étude et qui a demandé à M. Nielsen de présider les différents groupes d'étude. Ils venaient de différents milieux du monde des affaires. Ce sont ces personnes qui ont fait ces études et ont entendu les diverses opinions exprimées avant de parvenir à ces conclusions.

M. Orlikow: Tout ce que je vous demande, monsieur le ministre, c'est de me dire que vous avez consulté les responsables de ces découvertes. J'espère que le Comité n'a pas été irresponsable au point de ne pas le faire. Mais quand j'ai appris que le chef de l'institut qui est chercheur chez Dupont, une des plus grosses compagnies de ce pays, n'a pas été

[Text]

not consulted, I have to ask whether it is possible to get that information.

Mr. Côté (Langelier): You are probably referring to Mr. Brooks.

Mr. Orlikow: Yes.

Mr. Côté (Langelier): Mr. Brooks is the chairman of the Patent and Trade Mark Institute of Canada. I am sure that the group formed by Mr. Nielsen is a very competent one. They were there to consult and to listen to people. I am sure they did before reaching such a recommendation. And, again, Mr. Orlikow, it is not my responsibility to make sure that these analyses are going to be made public or known. That is their responsibility.

The Vice-Chairman: Thank you very much. Mr. Rompkey, please.

Mr. Rompkey: Yes, two issues, Mr. Chairman, which I have raised with the Minister before. The first is the question of tax discounting. He and I have had exchanges on that going back to February 6, through April and May. Mr. Minister, I want to know when we can expect some action on that. I recognize a previous government brought in the Tax Rebate Discounting Act, and indeed you refer to that in your statement on page 3. We will be studying the Tax Rebate Discounting Act and how it affects Canadians.

But, Mr. Minister, in all fairness, we have had a chance to look at it for quite a while. I do not have to remind you that from 1978 the number of taxpayers using that particular vehicle has gone from 6,000 to 383,000. There has been a rapid escalation in the past couple of years. Most of the people who are using it, I do not need to remind you either, are low-income people; 64% of all the discount users have incomes of less than \$8,000 and a median income of \$5,700. Many of them are low-income women. So I want to raise that with you again, Mr. Minister, and urge you to take action on it quickly in order to protect the people in this category.

The second issue is the cashing of cheques at banks by consumers, particularly those who are welfare recipients. I have raised with you before as well the issue of the Cashmarts which charge a fee to cash cheques that should be cashed at other financial institutions. I want to raise those two issues with you again, Mr. Minister, and to put them forward as urgent and as impacting on a level of society that I think is most in need, most vulnerable and possibly least politically powerful, and to ask when we can expect some action on those.

Mr. Côté (Langelier): Mr. Chairman, I completely understand the anxiety of my colleague about the Tax Rebate Discounting Act. I fully agree with his concerns as well. As he said, this law was introduced in 1978. At that time we had 6,000 people and right now we have more than 400,000.

[Translation]

consulté, je me suis demandé s'il était possible d'obtenir ce renseignement.

M. Côté (Langelier): Vous voulez sans doute parler de M. Brooks.

M. Orlikow: Oui.

M. Côté (Langelier): M. Brooks est président du *Patent and Trade Mark Institute of Canada*. Je suis persuadé que le groupe de M. Nielsen est très compétent. Ils sont là pour consulter et écouter. Je suis persuadé qu'ils ont fait tout cela avant de formuler leurs recommandations. Vous savez, monsieur Orlikow, ce n'est pas à moi de divulguer ces analyses. C'est leur responsabilité.

Le vice-président: Merci beaucoup. Monsieur Rompkey, je vous prie.

M. Rompkey: Monsieur le président, j'ai deux questions que j'ai d'ailleurs déjà soulevées auprès du ministre. La première concerne la cession du droit au remboursement d'impôt. Le ministre et moi avons eu des échanges à cet égard qui remontent au 6 février, à avril et à mai. Monsieur le ministre, j'aimerais savoir quand vous avez l'intention de faire quelque chose pour régler ce problème. On sait très bien que c'est le gouvernement précédent qui a adopté la Loi sur la cession du droit au remboursement en matière d'impôt. Vous en parlez d'ailleurs dans votre déclaration à la page 3. Nous allons étudier l'incidence de cette loi sur les Canadiens.

Mais monsieur le ministre, cela fait très longtemps que nous nous parlons de ce problème. Vous n'êtes pas sans savoir que le nombre de contribuables qui a recours à ce service est passé de 6,000 à 383,000 depuis 1978. Et l'augmentation a été très considérable au cours des deux dernières années. Et vous n'êtes pas sans savoir non plus que la majorité des personnes qui ont recours à ce service sont des personnes à faible revenu. En effet, 64 p. 100 de tous les usagers ont un revenu inférieur à 8,000\$ et la moyenne de revenu est de 5,700\$. Un bon nombre de clients sont des femmes à faible revenu. C'est donc pourquoi je soulève de nouveau cette question, monsieur le ministre, et je vous incite à prendre rapidement les mesures qui s'imposent pour protéger les personnes qui sont touchées.

Ma deuxième question porte sur les problèmes qu'ont les consommateurs pour toucher leur chèque à une banque, surtout pour ce qui concerne les prestataires du bien-être social. Je vous ai également déjà parlé de la question des Cashmarts qui imposent des frais pour toucher des chèques qui pourraient très bien l'être à d'autres institutions financières. Ce sont ces deux questions que je voulais vous poser, monsieur le ministre, car j'estime qu'elles sont urgentes pour les éléments de la société qui sont le plus dans le besoin, le plus vulnérable et qui ont sans aucun doute le moins de poids politique. Je vous incite fortement à prendre des mesures pour corriger la situation.

M. Côté (Langelier): Monsieur le président, je comprends très bien les angoisses qu'éprouve mon collègue au sujet de la Loi sur la cession du droit au remboursement en matière d'impôt. Je partage également ses préoccupations. Cette loi, comme il l'a dit, a été adoptée en 1978. À l'époque, environ

[Texte]

Besides, at that time, the average amount of reimbursement was much smaller than it is right now because the child tax credit was not that important and is now a part of the reimbursement. And as you said also, Mr. Rompkey . . .

Mr. Rompkey: You just raised it. I did not mention it in my comments on the budget, but you did.

Mr. Côté (Langelier): Yes. And low-income people are more often affected by it. We really want to look at it and try to bring in some new recommendations.

• 2025

Some associations of elderly people are suggesting we should just repeal the act. We are not sure and I am not convinced this is the best situation. Let me tell you why. I think that, before 1978, more and more people were using loan sharks. I am afraid that if we just repealed the act, elderly people might be tempted to go back to them. So I think we should address this issue with other suggestions. Maybe we should state some fixed rate and avoid or take the . . . make it more logical. There are certain benefits to it. There is a time to do it and there are so many alternatives. I did not have very much time to look at it because my plate was very full when I became Minister, as your colleague said. But now and in the coming months, we will have the opportunity to do it. If I may suggest, I think it is going to be in the best interests of the consumer. I will appreciate your suggestions for me and your thoughts on it. They will be very well received and I would be agreeable to sitting with you and having a really complete discussion, knowing how much concern you expressed on this matter, Mr. Rompkey.

Mr. Rompkey: I thank the Minister for the answer, Mr. Chairman. I wonder if I could just ask him whether he could give us an assurance, when the House sits again in September, that he will move to resolve the problem before the next season and before tax time rolls around.

Mr. Côté (Langelier): Before the next fiscal season.

Le vice-président: Merci, monsieur le ministre.

Monsieur McCrossan.

Mr. McCrossan: Thank you, Mr. Chairman. Mr. Minister, I would like to pursue a subject which was not covered in your opening statement, but which was a very active one when I was first a Member of Parliament seven years ago. And that is the issue of consumer protection for children in the area of flammable clothes. It seems to me it has been discussed for years and years and your department, as far as I am aware, has not done anything yet to . . .

[Traduction]

6,000 personnes avaient recours à ces services. On compte aujourd'hui plus de 400,000 clients. En outre, le remboursement à l'époque était de loin inférieur à ce qu'il est aujourd'hui parce que le crédit d'impôt pour enfant n'était pas aussi élevé et qu'il rentre maintenant dans le montant du remboursement. Et comme vous l'avez dit aussi, monsieur Rompkey . . .

M. Rompkey: C'est vous qui l'avez dit. Je n'en ai pas parlé dans mes commentaires sur le budget, mais c'est vous qui l'avez dit.

M. Côté (Langelier): Oui. Et ce sont le plus souvent les personnes à faible revenu qui sont affectées. Il faudrait examiner cette situation de plus près et essayer de formuler de nouvelles recommandations.

Il y a des associations du troisième âge qui nous conseillent d'abroger la loi purement et simplement. Nous ne sommes pas persuadés, et moi non plus, que ce soit la meilleure solution. Laissez-moi vous expliquer pourquoi. Vous savez, avant 1978, il y avait beaucoup plus de gens qui s'adressaient aux usuriers. Si nous abrogeons la loi, je crains que les personnes âgées soient tentées d'avoir recours de nouveau à leurs services. Je pense donc qu'il vaut mieux essayer de trouver une solution de rechange. Nous pourrions peut-être établir des taux et éviter ou prendre . . . nous pourrions procéder de manière plus logique, il me semble. Ce système présente certains avantages. Il suffit simplement de trouver le moment opportun et il existe tellement de solutions de rechange. Je n'ai pas eu beaucoup de temps pour me pencher sur cette situation parce que j'avais déjà beaucoup de pain sur la planche quand je suis devenu ministre, comme votre collègue l'a dit. Mais nous aurons le temps de regarder la situation de plus près au cours des quelques prochains mois. Et vous verrez bien que nous avons les intérêts du consommateur à cœur. Je vous saurais gré de me faire part de toute suggestion à cet égard. Nous les accueillerons avec le plus grand plaisir et je serai très content de discuter de cette affaire dans les détails avec vous, monsieur Rompkey, compte tenu de l'intérêt que vous semblez manifester à ce sujet.

M. Rompkey: Je remercie le ministre pour cette réponse, monsieur le président. Mais j'aimerais quand même lui demander de s'engager, lorsque la Chambre reprendra ses travaux en septembre, à résoudre le problème avant la prochaine saison des impôts.

M. Côté (Langelier): Avant la prochaine saison fiscale.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister.

Mr. McCrossan.

M. McCrossan: Merci, monsieur le président. Monsieur le ministre, j'aimerais maintenant aborder une question que vous n'avez pas soulevée dans votre déclaration liminaire mais qui a suscité beaucoup d'intérêt lorsque je suis devenu député, il y a sept ans. Je veux parler de la protection des consommateurs et des enfants dans le domaine des vêtements inflammables. Il me semble que cela fait des années qu'on en parle et votre ministère, pour autant que je sache, n'a toujours rien fait . . .

[Text]

Mr. Côté (Langelier): Do not say that, because it is not true.

Mr. McCrossan: It is not true. Okay. Well, then, I am happy to know what you have done. But, certainly, I was unaware of major steps that had been taken. I understand that children's pyjamas and nightgowns and so on are still allowed to be sold when they are made of flammable material. I have difficulty seeing that this is in the interest of consumers. Certainly, it is not in the interest of either parents or children. So, I wonder where you are. I am not trying to be critical of you. This problem has been around for seven or eight years. But it is one on which I would like to see some progress, while you are Minister.

Mr. Côté (Langelier): I might say, since November 1984, I have been informed of that responsibility of my department. We gave a chance to all associations, industries and people concerned with that item to express their views on the matter. We have instituted a consultative process and we are going to have, for instance, the Canadian Labour Congress give us their recommendations and their views on this matter. A meeting was suggested or scheduled for May 15, which will be reported by the end of June. These groups have recommendations to make and we are fully aware of their concerns. I guess we will have to do it accordingly with industry acceptance, in other words. So far there is discussion with our officials, with the industry and the different groups concerned about this matter.

• 2030

Mr. McCrossan: Where is the opposition to establishing a standard to ensure the children are safe coming from?

Mr. Côté (Langelier): The industry now thinks the problem comes from the industry. And to a certain point, before we announce new restricted regulations, in order to protect children and everything, they want to have the opportunity to look at them, really understand them, accept them and adjust their industry to answer to that. It takes time before we really finalize this and you have to keep in mind that it is a delicate... not that they do not want the protection of the children. Everybody is for virtue. It is a virtue, or *la vertu*. Everybody has that in mind. Everybody wants to protect children. We all know that, but there is a way to do it and they want to have the opportunity to sit with our officials and tell them exactly how they see it, how fast they would go at it.

Mr. McCrossan: I am concerned when it has been seven years, since I was first elected.

Mr. Côté (Langelier): Yes, but it is only seven months since we have been there.

Mr. McCrossan: Oh, I understand that. You mentioned regulations, Mr. Minister. I wondered if it is in your thinking that you can solve this problem by a change in regulations, or does it require a change in an act.

Mr. Côté (Langelier): I am sorry.

[Translation]

M. Côté (Langelier): Un instant, c'est faux.

M. McCrossan: C'est faux, d'accord. Eh bien, je suis content de savoir que vous avez fait quelque chose. J'ignorais qu'on ait pris des mesures sérieuses. Pour autant que je sache, il n'est toujours pas interdit de vendre des pyjamas, des chemises de nuit et autres vêtements de nuit en tissu inflammable. Je ne vois pas comment on protège les intérêts des consommateurs. Il me semble que cela n'est ni dans l'intérêt des parents ni dans celui des enfants. Je me demande donc où vous en êtes. Ce n'est pas que je veuille vous critiquer. C'est un problème qui existe depuis au moins sept ou huit ans. J'aimerais bien vous voir réaliser des progrès dans ce dossier pendant votre mandat.

M. Côté (Langelier): Depuis novembre 1984, on me tient au courant de cette responsabilité de mon ministère. Nous avons fourni l'occasion à toutes les associations, industries et personnes intéressées de nous donner leur avis sur la question. Nous avons mis au point un processus de consultation et le Congrès du travail du Canada, par exemple, va nous donner son avis sur la question. Une réunion était prévue pour le 15 mai et un rapport devait être prêt d'ici la fin de juin. Ces groupes ont des recommandations à formuler et nous sommes parfaitement au courant de leurs préoccupations. Mais je suppose qu'il faudrait procéder conformément à l'acceptation de l'industrie. Jusqu'ici, la question a fait l'objet de discussions auxquelles participent des fonctionnaires, des représentants de l'industrie et les divers groupes intéressés.

M. McCrossan: D'où vient l'opposition à l'établissement d'une norme destinée à protéger la sécurité des enfants?

M. Côté (Langelier): Les représentants de l'industrie pensent maintenant que c'est l'industrie qui est en cause. Avant l'adoption d'un nouveau règlement pour protéger les enfants, ils veulent avoir la possibilité de les étudier à fond, les bien comprendre et faire les adaptations qui s'imposent. Il faut du temps avant d'avoir une norme définitive et il faut comprendre que c'est une question délicate... Ce n'est pas que la sécurité des enfants leur soit indifférente. Tout le monde est en faveur de la vertu. Tout le monde veut protéger les enfants. Nous le savons tous, mais il s'agit de trouver les meilleures méthodes et ils veulent présenter leurs points de vue à nos fonctionnaires en précisant ce qu'il leur faudrait comme délai.

M. McCrossan: Je ne suis pas très rassuré car cela fait 7 ans depuis que j'ai été élu la première fois.

M. Côté (Langelier): Oui, mais c'est seulement le septième mois de notre gouvernement.

M. McCrossan: Je le comprends fort bien. Vous avez parlé des règlements, monsieur le ministre. Pensez-vous qu'il serait possible de régler ce problème par voie de règlements ou faut-il modifier la loi?

M. Côté (Langelier): Je n'ai pas bien saisi.

[Texte]

Mr. McCrossan: You mentioned regulations in your answer. I wondered if you felt it was only a change in regulations that was required or is it a change in the act?

Mr. Côté (Langelier): Well, I think there are regulations and there is also advertising as well, because it is a full package. Again, it is a major concern for us because it is addressed to the consumers. What we want to do after consultations with the industry—they know exactly what our objectives are. We have the same objectives. We want to implement them as soon and as fast as possible. We are at the end of the consultation period. We are going to come out very shortly. It is a matter of months, but we should be there very shortly.

Mr. McCrossan: You anticipate before the year end.

Mr. Côté (Langelier): Before the year end, I would hope so.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. Mr. Berger.

M. Berger: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, je me réfère à la page 35 du Budget des dépenses de votre ministère pour cette année. Si j'ai bien compris, pour l'année 1985-1986, il y a quelque 271 années-personnes au Bureau des brevets. Vous avez des dépenses de 12 millions de dollars et vous prévoyez des recettes de 25 millions de dollars au cours de l'année qui vient. Cela veut dire un profit de quelque 16 millions de dollars, n'est-ce pas?

M. Côté (Langelier): Oui.

M. Berger: Dans votre réponse à M. Orlikow, vous avez dit que même si le Canada adhérerait au traité international, il faudrait quand même faire l'étude, au Canada, de ces trois aspects que vous avez mentionnés, soit la nouveauté, l'utilité et l'apport inventif. Il faudrait toujours décider si on accepte l'invention au Canada ou non. Qui ferait ce travail-là, dans l'hypothèse de l'acceptation de la recommandation du comité de M. Nielsen?

• 2035

M. Côté (Langelier): Les 271 personnes qui sont là.

M. Berger: Prévoyez-vous diminuer le nombre de personnes?

M. Côté (Langelier): C'est justement ce qu'il faut examiner, monsieur Berger. Avant de conclure qu'il faut faire des réductions, il faut voir dans quelle mesure... Premièrement, on a manifesté dans cette recommandation-là une intention d'adhérer à un traité. Quelles sont les conditions d'adhésion? Qu'est-ce que cela suppose? Quelles sont les implications? Quelle travail devront faire nos fonctionnaires à cet effet? Cela, ce n'est que pour adhérer au traité. Une fois que nous aurons adhéré au traité, comme je vous l'ai dit tout à l'heure et comme je l'ai dit à M. Orlikow, il est certain que ce ne sont pas les autres pays qui viendront dire au Canada quels devraient être ses critères pour l'acceptation de brevets. Même si le Canada bénéficie de l'expérience des autres pays, nous serons

[Traduction]

M. McCrossan: Vous avez parlé des règlements dans votre réponse. Pensez-vous qu'il suffirait de changer les règlements ou faut-il amender la loi?

M. Côté (Langelier): Il y a les règlements et aussi la question de la publicité, car tout se tient ensemble. Encore une fois, c'est un grand souci pour nous car ce sont les consommateurs qui sont visés. Les représentants de l'industrie savent exactement quels sont nos objectifs, nous partageons les mêmes objectifs. Nous voulons les mettre en oeuvre aussi rapidement que possible. Nous sommes à la fin de la période de consultation. Nous allons faire connaître les résultats très prochainement. Ce sera dans quelques mois, donc dans peu de temps.

M. McCrossan: Vous prévoyez que ce sera avant la fin de l'année.

M. Côté (Langelier): J'espère bien que oui.

Le vice-président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Monsieur Berger.

Mr. Berger: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, with reference to page 35 of your department's expenditures for this year, I gather that for 1985-86 there are some 271 person years with the Patents Office. Your expenditures amount to \$12 million and you expect income of \$25 million over the next year. This means a profit of some \$16 million, does it not?

Mr. Côté (Langelier): Yes.

Mr. Berger: In your answer to Mr. Orlikow, you said that even if Canada acceded to the international treaty, it would nonetheless be necessary to carry out in Canada a study of the three aspects you referred to, namely innovation, usefulness and the inventive contribution. It would still be necessary to decide whether the invention would be accepted in Canada or not. Who would be responsible for carrying out this work, assuming that the recommendation of Mr. Nielsen's committee were to be accepted?

Mr. Côté (Langelier): The staff of 271 persons.

Mr. Berger: Do you expect to be reducing the number of persons?

Mr. Côté (Langelier): This is the matter which has to be examined, Mr. Berger. Before deciding that cuts are necessary, it must be determined to what extent... First of all, this is a recommendation in favour of acceding to a treaty. What are the conditions of accession? What would be entailed? What are the implications? What work is to be done by our officials in this connection? All this is necessary before acceding to the treaty. Once we have acceded to the treaty, as I explained a while ago and as I said to Mr. Orlikow, there is no question of other countries dictating to Canada what its criteria should be in relation to the acceptance of patents. Even if Canada benefits from the experience of other countries, we will nonetheless be in a position to decide ourselves what is good for the country.

[Text]

quand même capables de décider nous-mêmes ce qui est bon pour le pays.

Cela dit, il va falloir des gens pour faire cela, et je ne vois personne d'autre que les 271 qui sont là. Ce que dit le rapport Nielsen, c'est que le processus d'examen des brevets comme tel va devoir subir une transformation; c'est ce qu'on dit. Dans quelle mesure? Les renseignements que nous tirerons des discussions nous apporteront ces précisions.

M. Berger: Vous savez que l'idée d'adhérer au traité ne fait pas l'unanimité. Le juriste à qui je parlais cet après-midi me disait que c'est un argument qui se tient, mais il n'était pas d'accord. Il trouve que ce traité international est très compliqué et que ce n'est pas très utilisé.

Je fais ce commentaire simplement pour votre gouverne. Je vous remercie pour vos commentaires de ce soir. Vous avez tout fait, sauf renier la paternité de cette fameuse recommandation du groupe de travail de M. Nielsen. Vous devriez peut-être le remercier de vous avoir créé ces maux de tête. Nous, on va l'attaquer pour ce geste irresponsable de son groupe de travail qui, comme je l'ai dit ce matin, semble travailler de façon très «broche à foin».

As I said this morning, I just cannot understand how this kind of a Mickey Mouse operation could be seriously considered by the Government of Canada.

M. Côté (Langelier): Monsieur le président, j'aimerais faire un commentaire. Mon collègue qualifie cette décision d'irresponsable. Je pense qu'il ne comprend pas la portée et les mesures de ces recommandations-là. Je l'invite à réfléchir avant d'attaquer le document. Il disait tout à l'heure que cette recommandation-là ne faisait pas l'unanimité. Il se peut très bien que des spécialistes dans le domaine ne partagent pas cet avis-là. Cependant, je pense que les études et les consultations qui ont été faites par le comité reflètent la majorité des opinions qui ont été exprimées. Je pense qu'il faut voir là l'intérêt qu'a le Canada à adhérer à ce traité-là. Je pense que l'ensemble de l'industrie et l'ensemble des Canadiens en bénéficieront. C'est un point important. Encore une fois, il est de la responsabilité du ministre de voir comment on doit mettre en oeuvre les différentes recommandations.

• 2040

Comme M. Berger l'a dit tout à l'heure, mon Ministère a beaucoup d'activités à suivre. Les brevets sont du domaine de la propriété intellectuelle. Le gouvernement du Canada n'a jamais eu l'intention de céder la responsabilité de cette propriété intellectuelle à des pays étrangers, et je pense que c'est manifeste dans les recommandations du groupe Nielsen. Ce sont des recommandations sages. Elles méritent qu'on y apporte plus de détails, et c'est ce que j'ai l'intention de faire au cours des prochaines semaines. Je ne doute pas que les explications que je pourrai apporter à mon collègue sauront le rassurer.

Le vice-président: Merci, monsieur le ministre.

Mr. Orlikow: Mr. Chairman, may I ask a couple of questions, or are we finished?

[Translation]

Having said that, I realize that we will need persons to do this job and I cannot see them coming from anywhere but the 271 present staff members. The Nielsen Report says that the patent review process as such will undergo a transformation. How far reaching will it be? The information we obtain from the discussions will enable us to determine this.

Mr. Berger: You are aware of the fact that the idea of acceding to the treaty is by no means accepted by everyone. The legal officer to whom I spoke this afternoon told me that the argument can be defended but that he did not go along with it. He is of the opinion that this international treaty is very complicated and very seldom used.

I am making this comment for your information. I thank you for your remarks this evening. You have done everything, except deny being the sponsor of this famous recommendation of Mr. Nielsen's task force. Perhaps you should thank him for giving you all these headaches. For our part, we intend to attack him for this irresponsible behaviour of his task force, which as I said this morning, seems to be working in a very slipshod way.

Comme je l'ai dit ce matin, je ne conçois pas comment le gouvernement du Canada peut considérer sérieusement ce genre de proposition à la noix.

Mr. Côté (Langelier): Mr. Chairman, I would like to make a comment. My colleagues describes this decision as an irresponsible one. I do not think he realizes the import and significance of these recommendations. I would urge him to give the matter some thought before attacking the document. He said that this recommendation was not unanimously supported. It may be that some specialists do not go along with it. However, I believe that the studies and consultation carried out by the committee reflect the opinions of the majority. I think that we must be aware of the value which accession to this treaty would have for Canada. In my opinion, both our industry and our population would stand to gain. This is an important aspect. Once again, it is the Minister's responsibility to see how these various recommendations are to be implemented.

As Mr. Berger pointed out, my department is involved in many activities. Patents come under intellectual property. It has never been the intention of the Government of Canada to give up its responsibility for intellectual property to foreign countries and I think this is quite evident in the recommendations made by the Nielsen committee. They are wise recommendations and deserve more detailed consideration, which I intend to give them during the coming weeks. I am sure that the explanations which I shall be able to provide my colleague will reassure him.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister.

M. Orlikow: Ai-je encore le temps de poser une question, ou deux?

[Texte]

The Vice-Chairman: Unfortunately, unless the Minister says he has the time. He is supposed to catch an airplane.

Mr. Côté (Langelier): If you have a couple of questions, Mr. Orlikow, I will be happy to answer them.

Mr. Orlikow: Mr. Minister, *The Citizen* in Ottawa of two days ago, in reporting on the Nielsen committee's recommendations, said "The The federal government plans to disband the 200 job Canadian Patent Office". Then a little later it says "The move could eliminate most of the 200 jobs at the patent office in Hull".

Now, as I listen to you tonight, Mr. Minister, I got the impression that the inference they draw from the report is somewhat premature and that these 200 people really have not been put on notice that their jobs are gone. Could you make things a little clearer?

Mr. Côté (Langelier): As I said, Mr. Orlikow, to Mr. Berger earlier, I do not think you could see in Mr. Nielsen's recommendation that we are saying 200 jobs will be terminated. Let me say it like that. What we are saying in this recommendation is that Mr. Nielsen is recommending that Canada should adhere to the Patent Co-operation Treaty. There is no place you could find that means 200 jobs will be lost. They are just conclusions coming from the article that you . . .

Mr. Orlikow: Those people should not worry too much.

Mr. Côté (Langelier): As I said again, Mr. Orlikow, I want to reassure you that we still have 69,000 outstanding requests to be treated. That is not going to be done overnight. My mandate is to see how I can implement Nielsen's recommendations. We have to establish how to do that, but in the meantime we have 69,000 demands to answer. We want to adhere to that treaty, and that means negotiation. You know there are sometimes differences between where we would like to go and how to do that and how much the people will be affected.

Mr. Orlikow: I have one final question, Mr. Minister. Your department has funded for a number of years people who work with various consumer groups, such as the Consumers' Association of Canada and the unemployment help centres and so on. I have been told there has been no funding since April 1, that this is a non-budgetary item and that they are just waiting for you to make an announcement. Can you tell me what is happening?

Mr. Côté (Langelier): Are you referring, Mr. Orlikow, to the Consumers' Association of Canada?

Mr. Orlikow: Some of the people who were funded by your department were seconded to the Consumers' Association of Canada, some to the unemployment help centre in Winnipeg, for example. They worked there but their pay came from your department.

• 2045

Mr. Côté (Langelier): This is probably done through the CAC, Mr. Orlikow. If I remember well, I think it was last year that the Consumers' Association of Canada asked me, or asked

[Traduction]

Le vice-président: Malheureusement non. À moins que le Ministre n'en décide autrement, car il a un avion à prendre.

M. Côté (Langelier): Si vous avez une ou deux questions, monsieur Orlikow, je me ferai un plaisir d'y répondre.

M. Orlikow: Monsieur le Ministre, le journal *The Citizen* d'Ottawa, commentant voilà deux jours les conclusions du groupe Neilsen, écrivait que «le gouvernement fédéral se propose de sacrifier les deux cents emplois du Bureau canadien des brevets». Plus loin, on y lit «que cette initiative aurait pour effet d'éliminer la plupart des deux cents emplois, à Hull».

En vous écoutant ce soir, monsieur le Ministre, j'ai l'impression qu'il s'agit là de déductions hâtives car ces deux cents personnes n'auraient reçu aucun préavis de mise à pied. Pouvez-vous éclairer quelque peu notre lanterne?

M. Côté (Langelier): Comme je le disais plust tôt à M. Berger, je ne crois pas qu'il faille conclure, à la lecture des recommandations de M. Neilsen, qu'elles entraîneront deux cents mises à pied. Disons plutôt que M. Neilsen, dans ses conclusions, recommande que le Canada s'en tienne au Traité de coopération. Nulle part pourrez-vous en déduire que cela entraînera la perte de deux cents emplois. Il s'agit tout au plus de conclusions qu'en a tirées l'auteur de l'article que vous . . .

M. Orlikow: Ces gens n'ont pas lieu de trop s'énervier.

M. Côté (Langelier): Au risque de me répéter, monsieur Orlikow, je tiens à vous assurer qu'il y a 69,000 demandes de brevet en souffrance. Cela ne se fera pas du jour au lendemain. J'ai pour mandat de voir comment je puis donner suite aux conclusions de M. Neilsen. Pour ce faire, il nous faut arrêter un plan d'action, mais en attendant, nous devons donner suite à 69,000 demandes. Nous voulons bien nous en tenir à ce traité, et cela comporte des négociations. Comme vous le savez, il y a parfois une marge entre le but que nous visons, la façon de nous y prendre et l'incidence que tout cela a sur les gens.

M. Orlikow: Une dernière question, monsieur le Ministre. Pendant nombre d'années, votre ministère a pourvu des fonds à certaines personnes à l'emploi de divers groupes de consommateurs, tels que l'Association des consommateurs du Canada, les centres d'aide aux sans emploi, et ainsi de suite. On me dit que depuis le 1^{er} avril, rien n'a été fait dans ce sens, que cela ne figure pas au budget et qu'ils attendent une déclaration de votre part.

M. Côté (Langelier): Voulez-vous parler de l'Association des consommateurs du Canada?

M. Orlikow: Certaines de ces personnes ont bénéficié de votre appui tout en recevant l'aide de l'Association des consommateurs du Canada ou, dans d'autres cas, celui du centre d'aide aux sans emploi de Winnipeg, par exemple. Ils y ont travaillé, mais leur salaire leur a été versé par votre ministère.

M. Côté (Langelier): C'est probablement un arrangement conclu avec l'ACC, monsieur Orlikow. Je crois que, l'année dernière, l'Association des consommateurs du Canada avait

[Text]

the department, for \$863,000. We agreed to give them \$750,000 this year because of the expenditure cuts, which at that time represented 86% of their request. This year they asked for \$600,000 or \$700,000 and something, and we gave them \$690,000, which is 87%. Therefore, we agreed to give more to the Consumers' Association of Canada because I really think they have very creative items to be funded.

How does it go to their regional offices? To answer this would involve some details which I do not have in front of me tonight, unless Mrs. Hendriks has the necessary explanation.

Mr. Orlikow: What about the Automobile Protection Association?

Mr. Côté (Langelier): Again, perhaps Mrs. Hendriks can answer that. What do you call that, Mr. Orlikow?

Mr. Orlikow: The Automobile Protection Association.

Mr. Côté (Langelier): Do they receive funds? Do you know how much, Mrs. Hendriks, tonight or could we . . .

Mr. Orlikow: Mr. Minister, I will call your office in the next couple of days and give you more specific . . .

Mr. Côté (Langelier): Please do and Mr. Orlikow, would you call Mrs. Hendriks? She is responsible for that and make sure that you have all the information you need.

Mr. Orlikow: Okay.

Mr. Côté (Langelier): Do you have another question?

Mr. Berger: It is not a question, just a comment. I thank Mr. Orlikow for getting in that last question for me.

L'Association de la protection des automobilistes est située dans mon comté. J'espère que cela ne leur nuira pas dans les années à venir, parce que c'est un organisme non partisan.

M. Côté (Langelier): Comme nous, monsieur Berger.

M. Berger: D'accord. Vous me rassurez, monsieur le ministre. J'ai parlé l'autre jour à l'adjoint du président, M. Mark Clapp. Le président est Phil Edmonston, qui est bien connu. Son adjoint, M. Clapp, me disait que leur subvention de soutien avait été réduite cette année par rapport à l'an passé.

Mr. Côté (Langelier): Mr. Orlikow, I do not know if I can answer both questions. The Automobile Protection Association has received as a contribution \$25,200 and as a national organization, a grant of \$2,500. I do not know if it is a reduction compared to last year, or things like that, but if there is any further information you may request, Mrs. Hendriks again will be very happy to answer you.

Le vice-président: Merci, monsieur le ministre. Merci, messieurs.

[Translation]

demandé un crédit de 863,000 dollars au ministère. Nous avons décidé de lui accorder 750,000 dollars cette année à cause des réductions budgétaires, ce qui correspondait à l'époque à 86 p. 100 de sa demande. Cette année, elle a demandé 600,000 ou 700,000 dollars et nous lui donnons 690,000 dollars, ce qui est 87 p. 100. Nous avons donc décidé d'augmenter le crédit prévu pour l'Association des consommateurs du Canada, car, à mon avis, elle fait un travail très innovateur.

Comment est-il réparti parmi leurs bureaux régionaux? Je n'ai pas tous les détails devant moi ce soir, mais peut-être que M^{me} Hendriks pourrait vous l'expliquer.

M. Orlikow: Et qu'en est-il de l'Association pour la protection automobile?

M. Côté (Langelier): Peut-être que M^{me} Hendriks pourra y répondre. Comment s'appelle-t-elle encore, monsieur Orlikow?

M. Orlikow: L'Association pour la protection automobile.

M. Côté (Langelier): Reçoit-elle un crédit? Savez-vous combien, madame Hendriks, ou pourrions-nous . . .

M. Orlikow: Monsieur le ministre, je vais appeler votre bureau dans quelques jours et vous donner des renseignements plus précis . . .

M. Côté (Langelier): Je vous en prie, monsieur Orlikow. Voulez-vous appeler M^{me} Hendriks? Elle est responsable de cette question et elle vous communiquera tous les renseignements que vous cherchez.

M. Orlikow: Oui.

M. Côté (Langelier): Avez-vous une autre question?

M. Berger: Ce n'est pas une question, seulement une observation. Je remercie M. Orlikow d'avoir posé cette dernière question pour moi.

The Automobile Protection Association is located in my riding. I hope that this will not prove to be a hindrance to them in the future because it is a non-partisan organization.

Mr. Côté (Langelier): Like us, Mr. Berger.

Mr. Berger: Yes. You reassure me, Mr. Minister. The other day I spoke to the President's Assistant, Mr. Mark Clapp. The President is Phil Edmonston, who is well known. His assistant, Mr. Clapp, told me that their support grant was reduced this year in relation to the previous year.

M. Côté (Langelier): Monsieur Orlikow, je ne sais pas si je peux répondre aux deux questions. L'Association de la protection automobile a reçu une subvention de 25,200 dollars et, en tant qu'organisme national, une subvention de 2,500 dollars. Je ne sais pas si cela représente une réduction par rapport à l'année dernière, mais, si vous avez d'autres renseignements à demander, M^{me} Hendriks se fera un plaisir de vous les procurer.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister. Thank you, gentlemen.

[Texte]

Je vous rappelle que la prochaine réunion aura lieu mardi à 15h30.

La séance est levée.

[Traduction]

I remind you that our next meeting will take place on Tuesday at 3.30 p.m.

The meeting is adjourned.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 20

Tuesday, June 4, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 20

Le mardi 4 juin 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Health, Welfare and Social Affairs

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

CLAUSE BY CLAUSE consideration of Bill C-26, An
Act to amend the Old Age Security Act

INCLUDING:

The Third Report to the House

CONCERNANT:

Étude ARTICLE PAR ARTICLE du projet de loi
C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse

Y COMPRIS:

Le troisième rapport à la Chambre

APPEARING:

The Hon. Jake Epp
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'hon. Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Gilbert Chartrand
Leo Duguay
Douglas Frith
Fernand Ladouceur
Moe Mantha
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Joe Reid
Brian White
Neil Young—(15)

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Édouard Desrosiers
Bill Domm
Suzanne Duplessis
Jim Edwards
Ernest Epp
Sheila Finestone
Benno Friesen
Tom Hockin
Bill Lesick
George Minaker
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Joe Price
John Reimer—(15)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Tuesday, June 4, 1985:

Jean-Claude Malépart replaced Sergio Marchi.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le mardi 4 juin 1985:

Jean-Claude Malépart remplace Sergio Marchi.

REPORT TO THE HOUSE

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs has the honour to present its

THIRD REPORT

In accordance with its Order of Reference of Monday, February 11, 1985, your Committee has considered Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act and has agreed to report it without amendment.

A copy of the Minutes of Proceedings and Evidence relating to this Bill (*Issues Nos. 12, 13, 14, 15 and 20, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

Le président,

BRUCE HALLIDAY,

Chairman.

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Conformément à son ordre de renvoi du lundi 11 février 1985, votre Comité a étudié le projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse et a convenu d'en faire rapport sans modification.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages relatifs à ce projet de loi (*fascicules nos 12, 13, 14, 15 et 20, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 4, 1985
(25)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:41 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Leo Duguay, Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Charles-Eugène Marin, Joe Reid, Brian White.

Alternates present: Suzanne Duplessis, Tom Hockin.

Appearing: The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

The Committee resumed consideration of Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act. (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Wednesday, April 24, 1985, Issue No. 12.*)

On Clause 1

The Minister made a statement.

Jean-Claude Malépart proposed to move,—That the Committee make the following report to the House:

In considering Bill C-26, your Committee reports the following observations to the House:

Bill C-26, an Act to amend the Old Age Security Act, is a positive first step towards rectifying the financial problems faced by older Canadians. However, as evidenced by the testimony we have heard, the Bill does not go far enough.

There are 80,000 men and women between the ages of 60 and 64 who are being excluded from the provisions of this Bill on the basis of marital status. An allowance based on need, which presumably Bill C-26 is, that has as its primary criterion that one has to have been married, is unfair and discriminatory.

A slightly more comprehensive Bill could take in another 43,000 single people who have never married plus 37,000 divorced or separated people. At least some of the beneficiaries are currently receiving welfare payments under the Canada Assistance Plan, therefore, the costs would not be as extensive as it may otherwise appear.

Your Committee urges the Government to give further consideration to extending these benefits not only to widows and widowers, but also to older single, separated or divorced individuals.

And a question having been raised as to the procedural acceptability of the proposed motion, the Chairman ruled as follows:

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 4 JUIN 1985
(25)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 41, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Leo Duguay, Bruce Halliday, Jean-Claude Malépart, Charles-Eugène Marin, Joe Reid, Brian White.

Substituts présents: Suzanne Duplessis, Tom Hockin.

Comparaît: L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité reprend l'étude du projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mercredi 24 avril 1985, fascicule n° 12.*)

Article 1

Le Ministre fait une déclaration.

Jean-Claude Malépart a l'intention de proposer,—Que le Comité fasse à la Chambre le rapport suivant:

Par suite de son étude du projet de loi C-26, votre Comité fait état des observations suivantes à la Chambre:

Le projet de loi C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse, est un premier pas vers le règlement des problèmes financiers des personnes âgées du Canada. Toutefois, comme l'ont fait remarquer les témoins que nous avons entendus, il comporte certaines lacunes.

En effet, 80,000 hommes et femmes âgés de 60 à 64 ans sont exclus des dispositions de ce projet de loi en raison de leur état civil. En vertu du projet de loi C-26, les personnes âgées qui sont dans le besoin ont vraisemblablement droit à une allocation, à la condition toutefois qu'elles aient été mariées, condition injuste et discriminatoire.

En élargissant un peu la portée de ce projet de loi, on pourrait tenir compte de 43,000 personnes âgées célibataires qui n'ont jamais été mariées, ainsi que des 37,000 qui sont divorcées ou séparées. Certaines de ces personnes reçoivent déjà des prestations sociales en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Les rendre admissibles aux allocations prévues dans le projet de loi ne serait donc pas aussi coûteux que cela pourrait sembler à prime abord.

Votre Comité exhorte le gouvernement à se pencher de nouveau sur la possibilité de verser des allocations non seulement aux veuves et aux veufs, mais également aux personnes âgées célibataires, aux séparés(es) ou aux divorcés(es) âgés(es).

La recevabilité de la motion proposée étant mise en doute sous le rapport de la procédure, le président rend la décision suivante:

RULING BY THE CHAIRMAN

Let me state the authorities by which I am disposed to be guided in ruling on the admissibility of this procedure.

The material question is whether a committee, when it is seized of a bill, and particularly a bill with a Royal Recommendation, has an Order of Reference from the House which would allow it to make a report of the kind the Member has proposed. In effect, the Member himself has recognized in his proposal that the Royal Recommendation attached to this bill is too limited to extend the coverage it involves to the class of persons he would like to see included. This bill seeks to spend money to extend the present spouses' allowance to all widowed persons aged 60 to 64, and not only to the widowed spouses of old age pensioners as at present. What the Member is proposing is to urge the Government to consider extending these benefits "not only to widows and widowers, but also to older single, separated or divorced individuals".

Now, there is no doubt in any of our minds that we have received recommendations from witnesses for just such an extension of the bill. Indeed, as Members will recall, the question of the relevance of some of the evidence we received to the bill we are studying was voiced by at least one Member during our hearings on the bill.

My difficulty as Chairman, however, is not on the question of the desirability of such an extension, but on the question of our power to recommend it. It is, that is to say, on the procedural question.

Let me note, first, that committees do have the power to report to the House. But let me quote the Standing Order which grants this power to us, for the power to report is circumscribed in that Standing Order. I am reading from S.O. 69(8).

"(8) Standing committees shall be severally empowered to examine and enquire into all such matters as may be referred to them by the House, and, to report from time to time, and, except when the House otherwise orders, to send for persons, papers and records, to sit while the House is sitting, to sit during periods when the House stands adjourned, to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by them, and to delegate to subcommittees all or any of their powers except the power to report direct to the House."

There have been significant changes in our practice in recent years to allow committees freedom to initiate their own enquiries without specific direction from the House. We have a long list of reports deemed permanently referred to us under S.O. 46(4) among which we can, as it were, browse to find a basis for initiating enquiries of our own choosing.

Yet significantly, we are still, under this new system, bound by our Orders of Reference. There has been no loosening of the need for an Order of Reference, merely a broadening of

DÉCISION DU PRÉSIDENT

Permettez-moi de vous donner les sources sur lesquelles j'ai choisi de m'appuyer pour statuer sur l'admissibilité de cette procédure.

La question est la suivante: l'ordre de renvoi d'un comité qui est saisi d'un projet de loi, et plus particulièrement d'un projet de loi accompagné d'une recommandation royale, lui permet-il de présenter un rapport semblable à celui que le député propose? En fait, le député a lui-même reconnu dans sa proposition que la recommandation royale annexée à ce projet de loi est trop restreinte et ne permet pas d'élargir la portée de ce projet de loi afin qu'il s'applique à la catégorie de personnes à laquelle il songe. Ce projet de loi a pour objet d'accorder l'allocation au conjoint d'un pensionné non seulement aux veuves et aux conjoints survivants de pensionnés, comme c'est le cas actuellement, mais aussi aux veufs âgés de 60 à 64 ans. Le député voudrait que le gouvernement verse également cette allocation aux célibataires et aux personnes séparés(es) ou aux divorcés(es) âgés(es) de 60 à 64 ans.

Il ne fait aucun doute que des témoins nous ont adressé des recommandations en ce sens. Les députés se rappelleront sans doute que la question de la pertinence de certains témoignages que nous avons entendus au sujet du projet de loi à l'étude a été soulevée par au moins un député au cours des audiences.

Cependant, la question que je dois trancher ne se rapporte pas à l'opportunité d'une telle mesure, mais à notre capacité de la recommander. Il s'agit essentiellement d'une question de procédure.

Permettez-moi d'abord de souligner que les comités sont autorisés à faire rapport à la Chambre. J'aimerais vous citer le paragraphe du Règlement qui nous accorde ce pouvoir et qui le définit. Il s'agit du paragraphe 69(8).

«(8) Les Comités permanents sont autorisés individuellement à faire étude et enquête sur toutes les questions qui leur sont déferées par la Chambre et à faire rapport à ce sujet à l'occasion; sauf lorsque la Chambre en ordonne autrement, ils sont autorisés à convoquer des personnes et à exiger la production des documents et dossiers, à se réunir pendant que la Chambre siège et pendant les périodes où la Chambre est ajournée, à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont ils peuvent ordonner l'impression et à déléguer à des sous-comités la totalité ou une partie de leurs pouvoirs sauf celui de faire rapport directement à la Chambre».

À la suite des nombreux changements qui ont été apportés aux usages ces dernières années, les comités sont libres de mener leurs propres enquêtes sans recevoir d'instructions précises de la Chambre. Il y a une longue liste de rapports qui sont réputés renvoyés en permanence aux comités aux termes du paragraphe 46(4), et que nous pouvons consulter pour y trouver des éléments qui nous permettraient de mener des enquêtes de notre propre chef.

Cependant, en vertu de ce nouveau système, nous devons quand même dans une large mesure, respecter nos ordres de renvoi. Il est encore nécessaire d'obtenir des ordres de renvoi,

the base of reports which form our continuing Orders of Reference.

Beauchesne gives guidance in relating the Standing Order I have cited, which gives us the general power to report to the House, to the need for an Order of Reference upon which to report. Beauchesne, citation 621 of the Fifth Edition, reads as follows:

“(1) A committee can only consider those matters which have been committed to it by the House.”

“(2) A committee is bound by, and is not at liberty to depart from, the Order of Reference . . . In the case of a committee upon a bill, the bill committed to it is itself the Order of Reference to the committee, which must report it with or without amendment to the House.”

The same citation, in paragraph 4, furthermore, notes that “at times, a committee may have to obtain leave from the House to make a report when its Order of Reference is limited in scope.”

I cannot take this latter observation by itself, however, as authority for the Committee to seek leave to request a broader Order of Reference from the House on this particular bill. There are two reasons why I cannot.

The first is that the House has already pronounced on the principle of this bill at Second Reading and has committed the bill to us within the limits of its already having accepted the bill's principle. That principle is and must be limited by the Royal Recommendation attached to the bill, on the strength of the basic parliamentary rule that the Government proposes and the House disposes. The Government has proposed an expenditure of money in Bill C-26; the House has disposed of that proposal by accepting it in principle. This acceptance is subject to the rule of the question being once made. The House has now sent us the bill to examine clause by clause in the light of its acceptance in principle of the Government's proposal. To go back to the House with a report, in relation to this bill, that urged the Government to spend more money would be to propose altering the House's acceptance of the principle of this bill.

The second reason is an associated one. It is that the change sought by the Member would require a change in the Royal Recommendation attached to the bill. Beauchesne citation 540 of the Fifth Edition reads in part as follows:

“. . . the communication, to which the Royal Recommendation is attached, must be treated as laying down once for all (unless withdrawn and replaced) not only the amount of the charge, but also its objects, purposes, conditions and qualifications.”

Further, in citation 549, Beauchesne states:

“The Royal Recommendation is not part of a bill; therefore, its subject matter cannot be referred to a committee.”

In looking at the Speaker's ruling upon which this assertion is based—a ruling from January, 1971—I find I must be governed by it.

et seule la base des rapports qui constituent nos ordres de renvoi permanents a été élargie.

Beauchesne établit un lien entre le paragraphe que je viens de citer, lequel nous accorde le pouvoir général de faire rapport à la Chambre, et la nécessité d'obtenir un ordre de renvoi en fonction duquel nous devons faire rapport à la Chambre. Le paragraphe 621 du Beauchesne (cinquième édition) se lit comme suit:

“(1) Un comité ne peut étudier que des questions qui lui ont été déferées par la Chambre.”

“(2) Le comité doit s'en tenir à l'ordre de renvoi, et ne saurait y déroger . . . Dans le cas d'un comité spécial chargé de l'examen d'un bill, ce bill constitue par lui-même l'ordre de renvoi, et le comité doit en faire rapport à la Chambre, avec ou sans modification.”

A la section 4 du même paragraphe, il est dit qu'«un comité peut parfois avoir à demander à la Chambre l'autorisation de présenter un rapport spécial, quand la portée de ses attributions est restreinte.»

Cette dernière observation ne nous permet toutefois pas de demander à la Chambre de nous accorder un ordre de renvoi élargi pour l'étude de ce projet de loi. Il y a deux raisons à cela.

Premièrement, la Chambre s'est déjà prononcée sur le principe de ce projet de loi en deuxième lecture, et nous a ensuite confié l'étude. Ce principe est et doit être limité par la recommandation royale annexée au projet de loi, conformément à la règle parlementaire de base selon laquelle le gouvernement propose et la Chambre dispose. Le gouvernement a proposé l'affectation de crédits dans le projet de loi C-26; la Chambre a décidé de donner son approbation de principe. Cette approbation est assujettie à la règle du respect du principe accepté. La Chambre nous a renvoyés le projet de loi pour que nous l'étudiions article par article sur la base de son approbation de principe de la proposition du gouvernement. Si nous présentions à la Chambre un rapport au sujet de ce projet de loi dans lequel nous demandions au gouvernement de dépenser plus d'argent, nous proposerions, en réalité, de modifier le principe admis par la Chambre.

La deuxième raison est connexe. La modification proposée par le député exigerait la modification de la recommandation royale annexée au projet de loi. Le paragraphe 540 du Beauchesne (cinquième édition) se lit, en partie, comme il suit:

«. . . la communication, à laquelle la demande royale de recommandation est annexée, doit être considérée comme établissant, une fois pour toutes (à moins qu'elle ne soit retirée et remplacée), non seulement le montant d'un prélèvement, mais aussi ses objectifs, ses buts, ses conditions et les réserves qui s'y rattachent.»

Plus loin, au paragraphe 549 du Beauchesne, on lit:

«La recommandation royale n'est pas partie d'un projet de loi. En conséquence on ne saurait en renvoyer la matière à un comité.»

J'ai lu la décision du président, qui remonte à janvier 1971, sur laquelle cette affirmation est fondée, et j'estime y être lié.

On the basis of the authorities I have cited, I must therefore find that the Committee does not have the authority, on the basis of the Order of Reference before us, to report to the House proposing a change in the Royal Recommendation attached to Bill C-26.

Nevertheless, I do not want to leave the Member without remedy if I can help him in his difficulty. I would therefore draw to his attention Beauchesne's citation 540 from which I have already quoted in part. The relevant words are those in which Beauchesne notes that the Royal Recommendation "is binding not only on private Members but also on Ministers whose only advantage is that, as advisors of the Crown, they can present new or supplementary estimates or secure the Royal Recommendation to new or supplementary resolutions."

What I am suggesting to the Member is that while procedurally I can find no basis in our present Order of Reference to allow us to make a report to the House that goes beyond the principle of this bill as accepted at Second Reading, I would suppose that the object he contemplates falls in the political arena where he has opportunities to promote the objects he has in view. They appear to me not to fall within the purview of the bill we have before us, but I do not propose to hamstring Members by holding them to a shorter tether during our clause-by-clause discussion of the bill than our witnesses were held to. The only caution I would add in this regard is again founded on Beauchesne, citation 570 of the Fifth Edition, which reminds us that "it is the duty of all committees to give to the matters referred to them due and sufficient consideration." Those matters which go beyond what has been referred to us may to some extent come into our discussion when the Minister is before us, but as Chairman I have an obligation to the Committee, as the Committee has to the House, to consider Bill C-26 itself, bearing in mind that the House has accepted its principle.

Finally, I therefore find that the proposed report to the House offered by the Member goes beyond what is available to us under our Order of Reference on Bill C-26 and is not procedurally acceptable as a motion for debate under this Order of Reference. If the Member can suggest another means by which the Committee might seek leave of the House to consider the matters he would like to discuss, I shall examine his proposal, but for the moment I suggest that his available solution lies in convincing the Crown to accept and propose to Parliament the measure he would like to see adopted.

By unanimous consent, Clauses 1 to 4 were stood.

On Clause 5

Jean-Claude Malépart proposed to move,—That Bill C-26 be amended in clause 5 by striking out line 37 on page 3 and substituting the following therefor:

"a person who is a widow or widower or separated, divorced or single and who"

And a question being raised as to the procedural acceptability of the proposed amendment, the Chairman ruled as follows:

Sur la base des sources que j'ai citées, je dois donc statuer que le Comité n'a pas le pouvoir, compte tenu de l'ordre de renvoi qu'il a reçu, de proposer à la Chambre de modifier la recommandation royale annexée au projet de loi C-26.

Néanmoins, je ne veux pas faire perdre tout espoir au député. J'attire donc son attention sur le paragraphe 540 du Beauchesne que j'ai déjà cité en partie. Le passage approprié est celui dans lequel Beauchesne note que la recommandation royale «lie non seulement les simples députés mais aussi les ministres dont l'unique avantage, en leur qualité de conseillers de la Couronne, est de pouvoir présenter des crédits nouveaux ou supplémentaires ou d'obtenir une recommandation royale de résolutions nouvelles ou supplémentaires.»

Voici ce que je propose au député. Même s'il n'y a, sur le plan de la procédure, rien dans l'ordre de renvoi qui nous permette de présenter à la Chambre un rapport qui modifie le principe du projet de loi approuvé en deuxième lecture, je dirais que les objectifs visés par le député relèvent du domaine politique, par le biais duquel il pourrait les promouvoir. À mon avis, ces objectifs ne font pas partie de l'objet du projet de loi dont nous sommes saisis, mais je ne veux pas paralyser les députés en leur donnant moins de liberté, au cours de l'étude article par article du projet de loi, que n'en ont eu les témoins. La seule chose que j'ajouterai à cet égard est de nouveau tirée du Beauchesne. On dit en effet au paragraphe 570 de la cinquième édition qu'il est du devoir des Comités d'accorder à toutes les questions qui leur sont déférées l'attention la plus sérieuse et la plus complète. Les questions qui vont au-delà de celles qui nous ont été déférées peuvent, dans une certaine mesure, être abordées lorsque le Ministre comparaît devant nous, mais en ma qualité de président, j'ai une obligation envers le Comité, comme le Comité en a une envers la Chambre, à savoir celle d'examiner le projet de loi C-26 tel qu'il existe maintenant, en n'oubliant pas que la Chambre en a approuvé le principe.

Je conclus donc que le rapport que le député propose de soumettre à la Chambre outrepassé l'ordre de renvoi du projet de loi C-26 et n'est pas acceptable sur le plan de la procédure en tant que motion pouvant être débattue conformément à cet ordre de renvoi. Si le député veut proposer d'autres moyens par lesquels le Comité pourrait demander à la Chambre l'autorisation d'examiner les questions qui l'intéressent, je suis prêt à étudier sa proposition mais, pour l'instant, je crois qu'il ne lui reste que la possibilité de convaincre la Couronne d'approuver et de soumettre au Parlement la mesure dont il souhaite l'adoption.

Par consentement unanime, les articles 1 à 4 sont réservés.

Article 5

Jean-Claude Malépart propose,—Que le projet de loi C-26 soit modifié à l'article 5 en substituant à la ligne 32, page 3, ce qui suit:

«être payée à une personne veuve, séparée, divorcée ou célibataire qui»

La recevabilité de la motion étant mise en doute sous le rapport de la procédure, le président rend la décision suivante:

RULING BY THE CHAIRMAN

The amendment seeks to extend the object of clause 5, which is to pay the present spouses' allowance to all widowed persons aged 60 to 64, regardless whether they were, at the time of being widowed, eligible for the spouses' allowance by virtue of being married to an old age pensioner.

The proposed amendment would extend coverage to a wider group, that is, to all persons aged 60 to 64.

Beauchesne, in citation 540 of the Fifth Edition, states:

"The guiding principle in determining the effect of an amendment upon the financial initiative of the Crown is that the communication, to which the Royal Recommendation is attached, must be treated as laying down once for all (unless withdrawn and replaced) not only the amount of the charge, but also its objects, purposes, conditions and qualifications. In relation to the standard thereby fixed, an amendment infringes the financial initiative of the Crown not only if it increases the amount but also if it extends the objects and purposes, or relaxes the conditions and qualifications expressed in the communication by which the Crown has demanded or recommended a charge."

Members may ask themselves what power is left to a committee to amend a bill when a Royal Recommendation is attached to it. Clearly, the citation I have quoted implies that a committee, and Parliament in general, have a power to deny the monies sought by the Crown, to restrict the objects for which it is sought, or to tighten the qualifications expressed in the bill, but not the reverse. In short, while the power to propose spending for specified objects rests with the Crown—that is, with Cabinet—the power to accept, reject or restrict the proposal rests with Parliament.

In the present case, the proposed amendment would supplant the power to propose spending objects, which rests with the Crown, and is therefore out of order.

Jean-Claude Malépart moved,—That Bill C-26 be amended in Clause 5 by striking out line 37, on page 3, and substituting the following therefor:

"a surviving spouse who"

After debate, the motion was, by a show of hands, negatived: Yeas: 1; Nays: 7.

Clause 5 carried.

By unanimous consent, the Chairman called Clause 1.

On Clause 1

After debate, Clause 1 carried.

DÉCISION DU PRÉSIDENT

La modification vise à étendre l'objet de l'article 5, portant versement de l'allocation actuelle au conjoint, à toutes les personnes veuves âgées de 60 à 64 ans, peu importe si leur conjoint touchait, de son vivant, une pension de la vieillesse.

La modification proposée viserait un groupe d'âge plus large, c'est-à-dire toutes les personnes âgées de 60 à 64 ans.

Le commentaire n° 540 de la cinquième édition du Beauchesne indique ce qui suit:

«Le principe directeur quant il s'agit de déterminer les conséquences d'une modification dans le domaine financier, sur l'initiative de la Couronne, consiste en ce que la communication, à laquelle la demande royale de recommandation est annexée, doit être considérée comme établissant, une fois pour toutes (à moins qu'elle ne soit retirée et remplacée), non seulement le montant d'un prélèvement, mais aussi ses objectifs, ses buts, ses conditions et les réserves qui s'y rattachent. En ce qui concerne la norme ainsi fixée, tout amendement enfreint l'initiative de la Couronne dans le domaine financier, non seulement s'il augmente le montant, mais aussi s'il en étend les objets et les fins, ou s'il relâche les conditions et les réserves signalées dans la communication, par laquelle la Couronne a demandé, ou recommandé, un prélèvement. Cette norme lie non seulement les simples députés mais aussi les ministres, dont l'unique avantage, en leur qualité de conseillers de la Couronne, est de pouvoir présenter des crédits nouveaux ou supplémentaires ou d'obtenir une recommandation royale de résolutions nouvelles ou supplémentaires.»

Les députés se demanderont peut-être quel pouvoir il reste à un comité de modifier un projet de loi lorsqu'une demande royale de recommandation y est annexée. De toute évidence, le commentaire que j'ai cité suppose qu'un comité, et le Parlement en général, ont un pouvoir de rejeter les crédits demandés par la Couronne, de limiter les objets pour lesquels ils sont demandés, ou de renforcer les réserves exprimées dans le projet de loi, mais non l'inverse. En bref, bien que le pouvoir de proposer des dépenses pour des objets précis incombe à la Couronne, c'est-à-dire au Cabinet—celui d'accepter, de rejeter ou de limiter la proposition incombe au Parlement.

Dans le cas actuel, le projet de modification supplanterait le pouvoir de proposer des objets de dépenses, lequel incombe à la Couronne; il est donc contraire au Règlement.

Jean-Claude Malépart propose,—Que le projet de loi C-26 soit modifié à l'article 5 en substituant à la ligne 32, page 3, ce qui suit:

«être payée à un conjoint survivant qui»

Après débat, la motion est rejetée par vote à main levée comme suit: Pour: 1; Contre: 7.

L'article 5 est adopté.

Par consentement unanime, le président met en délibération l'article 1.

Article 1

Après débat, l'article 1 est adopté.

On Clause 2

After debate, Clause 2 carried.

Clauses 3, 4, 6, 7, 8, 9 and 10 carried severally.

On Clause 11

After debate, Clause 11 carried.

On the Title

After debate, the Title carried.

The Bill carried.

ORDERED,—That the Chairman report to the House Bill C-26, without amendment.

At 4:44 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Article 2

Après débat, l'article 2 est adopté.

Les articles 3, 4, 6, 7, 8, 9 et 10 sont respectivement adoptés.

Article 11

Après débat, l'article 11 est adopté.

Le titre

Après débat, le titre est adopté.

Le projet de loi est adopté.

IL EST ORDONNÉ,—Que le président fasse rapport, à la Chambre, du projet de loi C-26 sans modification.

A 16 h 44, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Donald G. Reid

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, June 4, 1985

• 1542

The Chairman: The Chair sees a quorum. Can we call the meeting to order? We are resuming consideration of Bill C-26, An Act to amend the Old Age Security Act, and we are resuming consideration of clause 1.

Mr. Minister, once again we wish to welcome you back to the committee on Bill C-26. I note you have some of your officials with you; would you like to introduce them to the committee and, if you have an opening statement, perhaps it would be appropriate to begin with that as well. Mr. Minister.

Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman and members of the committee. I will introduce the officials with me.

First of all, we have Dr. Dirk Maasland, Assistant Deputy Minister, Income Security Programs; Rod Hagglund, Director, Policy, Legislation and Planning; David Cogliati, Director, Data Development and Analysis—he is the numbers cruncher; and Linda Hansen, Chief, Legislation Branch.

Mr. Chairman, as you possibly appreciate, I do not have a statement additional to that which was given when the committee hearings were begun. The only point which I possibly should draw to the attention of the committee is that we had indicated in my statement that clause 11 will be amended when the matter returns back to the House. A new Royal Prerogative is needed. I just want to confirm that we will introduce this at that time. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister.

The Chair would suggest that we now find ourselves resuming consideration on clause 1.

On Clause 1

The Chairman: The Chair would at this time invite any amendments, if that is so wished. Mr. Malépart.

M. Malépart: Oui, monsieur le président. Avant de poursuivre l'étude, article par article, de ce projet de loi, je voudrais proposer que nous accélérions nos travaux sur cette mesure.

Le Comité est en droit de formuler, pour la Chambre, les observations sur le projet de loi et les commentaires sur sa teneur, qu'il juge pertinents, pour la poursuite des travaux à cet égard. Je suggère donc que le Comité, avant de faire rapport du projet de loi, présente à la Chambre ses observations sur la teneur du projet de loi; je propose que le Comité présente le rapport suivant à la Chambre:

Par suite de son étude du projet de loi C-26, votre Comité fait état des observations suivantes à la Chambre: Le projet de loi C-26 modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse est un premier pas vers le règlement des problèmes

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 4 juin 1985

Le président: Je vois qu'un quorum est réuni. Pouvons-nous commencer? Nous reprenons l'examen du Bill C-26, Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse, et de son premier article.

Monsieur le ministre, nous sommes ravis de vous voir ici de nouveau. Je vois que certains de vos collaborateurs vous ont accompagné et je vous demanderais de bien vouloir les présenter au Comité; d'autre part, si vous avez des observations préliminaires à faire, peut-être pourrions-nous commencer par ces dernières. Vous avez la parole.

L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs. Permettez-moi de vous présenter ceux qui m'accompagnent.

Ce sont M. Dirk Maasland, sous-ministre adjoint chargé des Programmes de la sécurité du revenu, M. Rod Hagglund, directeur chargé de la politique, de la législation et de la planification, M. David Cogliati, directeur chargé du Développement des données et analyses—c'est notre expert en mathématiques et M^{me} Linda Hansen, chef de la législation.

Monsieur le président, comme vous le savez sans doute, je n'ai rien d'autre à ajouter à ce que j'ai déjà dit lorsque ces audiences ont commencé. Je voudrais simplement attirer votre attention sur l'article 11 qui sera modifié, comme je l'avais dit, lorsque ce projet de loi sera étudié à la Chambre car une autre recommandation royale est nécessaire. Je voudrais simplement confirmer que nous présenterons cet amendement à ce moment-là. Merci.

Le président: Merci infiniment, monsieur le ministre.

Nous reprenons donc notre étude de l'article 1.

Article 1

Le président: Avez-vous des amendements à proposer? Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Yes, Mr. Chairman. Before we continue the clause by clause study of the bill, I would like to propose that we accelerate our work.

The committee may make comments on both the bill and its substance to the House, comments which it deems to be relevant and which may be related to subsequent work on the bill. Consequently, I suggest that before we report the bill to the House, we forward our comments on the content of the bill to the House; I move that the committee forward the following report to the House:

Pursuant to its study of Bill C-26, your committee wishes to present the following observations to the House: Bill C-26, an act to amend the Old Age Security Act, is a first step towards solving the financial problems of the

[Texte]

financiers des personnes âgées du Canada. Toutefois, comme l'ont fait remarquer les témoins que nous avons entendus, il comporte certaines lacunes. En effet, 80,000 hommes et femmes âgés de 60 à 64 ans sont exclus des dispositions de ce projet de loi, en raison de leur état civil. En vertu du projet de loi C-26, les personnes âgées, dans le besoin, ont vraisemblablement droit à une allocation, à la condition toutefois qu'elles aient été mariées, condition injuste et discriminatoire.

• 1545

En élargissant un peu la portée de ce projet de loi, on pourrait tenir compte de 43,000 personnes âgées célibataires qui n'ont jamais été mariées et des 37,000 personnes divorcées ou séparées. Certaines de ces personnes reçoivent déjà des prestations sociales en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Les rendre admissibles aux allocations prévues dans le projet de loi ne serait donc pas aussi coûteux que cela pourrait sembler à prime abord.

The Chairman: Mr. Malépart, we have word from the interpreters that you are reading a little bit too quickly for them to interpret. If you do not mind, could you slow down a little bit?

M. Malépart: C'est que je ne voulais pas trop retarder les travaux de la Chambre.

Et je termine:

Votre comité exhorte le gouvernement à se pencher de nouveau sur la possibilité de verser des allocations non seulement aux veufs et aux veuves, mais également aux personnes âgées célibataires, séparées ou divorcées.

Mr. Reid: On a point of order, Mr. Chairman. In the interest of saving time on the committee, I question the thrust of the statement just being read into the minutes of this committee in that it has been referred to this committee for clause-by-clause consideration. The suggestion, I gather from what I have heard of the statement, is one which would not be in accordance of the policy or the thrust of the bill itself in that it is proposed that it include some 30,000 single persons who might become entitled, or would have become entitled, if the legislation had been phrased differently in the first place. Since it is contrary to that thrust in principle of the bill, I suggest to you that it is completely out of order.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. May I ask, Mr. Malépart, if you have finished your statement?

M. Malépart: Oui, Je fais présentement distribuer les documents pertinents.

The Chairman: The Chair has before it what I think is proposed by Mr. Malépart as an amendment. It is written out, and I think it would be in order for the members of the committee to have it before them. It is in both official languages. I would accept your comments, Mr. Reid, as being an objection to this amendment, and in many respects I too share the concerns you have as to whether or not this particular amendment would be in order.

[Traduction]

elderly in Canada. However, as the witnesses we heard have pointed out, there are certain omissions in the bill. To wit, 80,000 men and women from 60 to 64 years of age are not covered by the provisions of this bill because of their marital status. Under the terms of C-26, needy elderly persons have the right to an allowance, on condition, however, that they have been married in the past—an unfair and discriminatory condition.

By broadening the scope of this bill somewhat, we could take into account the 43,000 single, never married elderly persons and the 37,000 divorced or separated elderly. Some of these people already receive social benefits under the terms of the Canada assistance plan. Making them eligible for the allowances provided for in the bill would thus not be as costly as might be apparent at first glance.

Le président: Monsieur Malépart, les interprètes nous font savoir que vous lisez beaucoup trop vite pour qu'ils soient en mesure d'interpréter. Voudriez-vous ralentir votre débit, si vous n'y voyez pas d'inconvénient?

Mr. Malépart: I did not want to slow down the work of the House.

And I will conclude with this:

Your committee urges the government to reconsider the possibility of providing allowances not only to widows and widowers but also to single, separated or divorced elderly Canadians.

M. Reid: Puis-je invoquer le règlement, monsieur le président? Dans le but d'économiser le temps de ce Comité, je me pose des questions à propos de ce qui vient d'être lu au compte-rendu de ce Comité étant donné que ce dernier a été saisi du projet de loi et qu'il est chargé d'en étudier tous les articles. D'après ce que j'ai entendu, la proposition présentée irait à l'encontre du but recherché par le projet de loi dans la mesure où 30,000 personnes célibataires pourraient avoir droit à cette allocation; or, ce n'est pas ce que la loi dit. Étant donné que cette proposition va à l'encontre du principe de ce projet de loi, elle est, à mon avis, totalement irrecevable.

Le président: Merci, monsieur Reid. Monsieur Malépart, avez-vous terminé ce que vous avez à dire?

Mr. Malépart: Yes, I have asked that the relevant documents be distributed.

Le président: La Présidence a été saisie d'un amendement présenté par M. Malépart. Il a été formulé par écrit et je crois qu'il faudrait le faire distribuer aux membres du Comité. Cet amendement est rédigé dans les deux langues officielles. D'après ce que vous avez dit, monsieur Reid, vous vous opposez à cet amendement et moi-même, je me demande s'il est recevable ou non.

[Text]

As a result of previous debate and previous questions relating to this subject, one could anticipate that this would be raised during the course of clause-by-clause consideration under clause 1 of Bill C-26. In anticipation of that, I did ask the clerk to do some research on our rules—our standing orders—respecting this kind of an amendment.

With the indulgence of the committee—and I think particularly in view of the fact that the great majority of the committee are new members of the House, unlike yourself, Mr. Reid—if I could, I would welcome the chance to pass a judgment and a comment on the amendment posed by Mr. Malépart, which may take a few minutes because it is more than just a short page. However, I think it highlights for all of us, particularly those of us who are new members, the very interesting yet complex rules of procedure we have with respect to this. I know Mr. Malépart will be indulgent too, and allow us to comment; we can proceed from there.

Having heard from both of you, Mr. Malépart and Mr. Reid, may I suggest the following? Before we proceed further, I would like to ask the indulgence of the committee to rule procedurally on the proposition that has been put forward. Specifically, I am referring to the proposition that:

The Committee has the right to report to the House any observations it has on the bill, and comments on its subject matter which it believes may guide future activities in this regard.

Before ruling finally on the matter, I shall offer the hon. member who has made this proposal an opportunity to put this forward, which I have already done, as evidence for the view which he has stated and which I have just cited.

Mr. Malépart, if you wish to say something further in support of this this proposition you propose, I certainly would like to hear it now; or, if you prefer, I will go ahead with what I think would be the appropriate ruling on what you have put before the committee.

M. Malépart: Monsieur le président, j'aurais une brève observation à faire pour expliquer le pourquoi de l'amendement que je viens de présenter.

• 1550

C'était pour répondre au vœu exprimé par l'ensemble des témoins qui sont venus ici. Ces gens venaient de partout au pays et ils sont venus dire à tous les membres du Comité que le projet de loi était injuste et qu'ils souhaitaient qu'il soit étendu à toutes les personnes seules dans le besoin. Je me suis fait le porte-parole de tous ces gens qui avaient le droit d'exprimer leur opinion, et j'ai transmis leur vœu aux membres du Comité.

The Chairman: Before I proceed further, does any other member of the committee wish to respond at this time? If not, I suggest it would be appropriate now to state the authorities by which I am disposed to be guided in ruling on the admissibility of this procedure.

The material question is whether a committee, when it is seized of a bill, and particularly a bill with a Royal Recom-

[Translation]

D'après les discussions que nous avons eues à ce sujet et les questions qui ont été posées, on pouvait sans doute s'attendre à ce que l'on en parle au cours de l'étude article par article du projet de loi C-26. C'est la raison pour laquelle je vais demander au greffier de voir ce que disait notre règlement au sujet d'un amendement de ce genre.

Avec la permission du Comité—et étant donné que la grande majorité des membres de ce Comité sont nouveaux, contrairement à vous-même, monsieur Reid—je voudrais vous faire part de ma décision et de ce que je pense de l'amendement présenté par M. Malépart, ce qui prendra peut-être quelques minutes étant donné que ma décision compte plus d'une page. Cela nous donnera cependant, à nous et en particulier aux nouveaux députés, la mesure de nos règles de procédure qui sont très intéressantes mais fort complexes. Je sais que M. Malépart se montrera indulgent et qu'il nous permettra de faire quelques observations que ce soit.

Ayant entendu ce que vous aviez à dire, monsieur Malépart et monsieur Reid, puis-je proposer ce qui suit? Avant de commencer, je voudrais demander l'indulgence du Comité pour faire appel à la procédure afin de statuer sur la proposition qui a été faite. Je parle plus précisément de la proposition selon laquelle:

Le Comité est habilité à soumettre à la Chambre les observations qu'il juge appropriées au sujet du projet de loi et de son objet, lorsqu'il estime qu'elles peuvent guider des activités futures à ce chapitre.

Avant de rendre une décision définitive, j'aimerais donner à l'honorable député qui est l'auteur de cette proposition l'occasion d'exposer les motifs qui la sous-tendent.

Monsieur Malépart, si vous désirez ajouter quoi que ce soit à ce que vous avez déjà dit au sujet de cette proposition, vous avez la parole; ou, si vous préférez, je vous ferai part de la décision que j'ai prise à propos de cette motion présentée au Comité.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I would like to explain very briefly why I put forward this amendment.

I wanted to pass along the desire expressed by all the witnesses who had appeared before us. These people came from every part of Canada and told the members of the committee that the bill was unjust and that it should be extended to all needy single people. I appointed myself spokesman of all these people who had the right to express their opinion and I have thus conveyed their wishes to the members of this committee.

Le président: Avant de continuer, quelqu'un voudrait-il faire une observation à ce sujet? Dans le cas contraire, je voudrais maintenant vous donner les sources sur lesquelles j'ai choisi de m'appuyer pour statuer sur l'admissibilité de cette procédure.

La question est la suivante: L'ordre de renvoi d'un comité qui est saisi d'un projet de loi, et plus particulièrement d'un

[Texte]

mendation, has an order of reference from the House that would allow it to make a report of the kind the member has proposed. In effect, the member himself has recognized in his proposal that the Royal Recommendation attached to this bill is too limited to extend the coverage it involves to the class of persons he would like to see included. This bill seeks to spend money to extend the present spouse's allowance to all widowed persons aged 60 to 64 but not the widowed spouse of an old age pensioner, as at present.

What the member is proposing is to urge the government to consider extending these benefits not only to widows and widowers but also to older single, separated or divorced individuals.

There is no doubt in any of our minds that we have received recommendations from witnesses, as the member has indicated, in the immediate past for just such an extension of the bill. Indeed, as members will recall, the question of the relevance of some of the evidence we received to the bill we are studying was voiced by at least one member during our hearings on the bill.

My difficulty as chairman, however, is not on the question of the desirability of such an extension, but on the question of our power to recommend it. It is, that is to say, on the procedural question.

Let me note first that committees do have the power to report to the House. But let me quote the standing order that grants this power to us, for the power to report is circumscribed in that standing order. I am reading now from Standing Order 69.(8):

Standing committees shall be severally empowered to examine and enquire into all such matters as may be referred to them by the House, and to report from time to time, and, except when the House otherwise orders, to send for persons, papers and records, to sit while the House is sitting, to sit during periods when the House stands adjourned, to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by them, and to delegate to subcommittees all or any of their powers except the power to report direct to the House.

There have been significant changes in our practice in recent years to allow committees freedom to initiate their own inquiries without specific direction from the House. We have a long list of reports deemed permanently referred to us under Standing Order 46.(4), among which we can, as it were, browse to find a basis for initiating inquiries of our own choosing.

Yet significantly we are still, under this new system, bound by our orders of reference. There has been no loosening of the need for an order of reference, merely a broadening of the base of reports that form our continuing orders of reference. *Beauchesne* gives guidance in relating the standing order I

[Traduction]

projet de loi accompagné d'une recommandation royale, lui permet-il de présenter un rapport semblable à celui que le député propose? En fait, le député a lui-même reconnu, dans sa proposition, que la recommandation royale annexée à ce projet de loi était trop restreinte et ne permettait pas d'élargir la portée de ce projet de loi afin qu'il s'applique à la catégorie de personnes à laquelle il songe. Ce projet de loi a pour objet d'accorder l'allocation au conjoint d'un pensionné non seulement aux veuves et au conjoint survivant de pensionné, comme c'est le cas actuellement, mais aussi aux veuves de 60 à 64 ans.

Le député voudrait que le gouvernement verse également cette allocation aux célibataires et aux personnes séparées ou divorcées de 60 à 64 ans.

Il ne fait aucun doute que des témoins nous ont adressé des recommandations en ce sens, comme le député l'a indiqué. Les députés se rappelleront sans doute que la question de la pertinence de certains témoignages que nous avons entendus au sujet du projet de loi à l'étude a été soulevée par au moins un député au cours des audiences.

Cependant, la question que je dois trancher ne se rapporte pas à l'opportunité d'une telle mesure, mais à notre capacité de la recommander. Il s'agit essentiellement d'une question de procédure.

Permettez-moi d'abord de dire que les comités sont autorisés à faire rapport à la Chambre. J'aimerais cependant vous citer le paragraphe du Règlement qui nous accorde ce pouvoir et qui le définit. Il s'agit du paragraphe 69(8):

Les comités permanents sont autorisés individuellement à faire étude et enquête sur toutes les questions qui leur sont déferées par la Chambre et à faire rapport à ce sujet à l'occasion; sauf lorsque la Chambre en ordonne autrement, ils sont autorisés à convoquer des personnes et à exiger la production de documents et dossiers, à se réunir pendant que la Chambre siège et pendant les périodes où la Chambre est ajournée, à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont ils peuvent ordonner l'impression, et à déléguer à des sous-comités la totalité ou une partie de leurs pouvoirs sauf celui de faire rapport directement à la Chambre.

A la suite des nombreux changements qui ont été apportés aux usages ces dernières années, les comités sont libres de mener leurs propres enquêtes sans recevoir des instructions précises de la Chambre. Il y a une longue liste de rapports qui sont réputés renvoyés en permanence au Comité aux termes du paragraphe 46(4), et que nous pouvons consulter pour trouver des éléments qui nous permettraient de mener des enquêtes de notre propre chef.

Cependant, en vertu de ce nouveau système, nous devons quand même, dans une large mesure, respecter nos ordres de renvoi. Il est encore nécessaire d'obtenir des ordres de renvoi, et seule la base des rapports qui constitue nos ordres de renvoi permanents a été élargie. *Beauchesne* établit un lien entre le

[Text]

have just cited, which gives us the general power to report to the House and the need for an order of reference upon which to report. *Beauchesne*, citation 6.21 of the fifth edition, reads as follows:

(1) A committee can only consider those matters which have been committed to it by the House.

(2) A committee is bound by, and is not at liberty to depart from, the Order of Reference. In the case of a committee upon a bill, the bill committed to it is itself the Order of Reference to the committee, which must report it with or without amendment to the House.

The same citation, paragraph 4, furthermore notes:

At times, a committee may have to obtain leave from the House to make a report when its Order of Reference is limited in scope.

I cannot take this latter observation by itself, however, as authority for the committee to seek leave to request a broader order of reference from the House on this particular bill. There are two reasons why I cannot. The first is that the House has already pronounced on the principle of this bill at second reading and has committed the bill to us within the limits of its already having accepted the bill's principle. That principle is and must be limited by the Royal Recommendation attached to the bill, on the strength of the basic parliamentary rule that the government proposes and the House disposes.

• 1555

The government has proposed an expenditure of money in Bill C-26. The House has disposed of that proposal by accepting it in principle. This acceptance is subject to the rule of the question being once made. The House has now sent us the bill to examine clause by clause in the light of its acceptance in principle of the government's proposal.

To go back to the House with a report in relation to this bill which urges the government to spend more money would be to propose altering the House's acceptance of the principle of this bill.

The second reason is an associated one. It is that the change sought by the member would require a change in the Royal Recommendation attached to the bill. *Beauchesne*, citation 540 of the fifth edition reads in part as follows:

the communication, to which the Royal Recommendation is attached, must be treated as laying down once and for all (unless withdrawn and replaced) not only the amount of the charge, but also its objects, purposes, conditions and qualifications.

Further, in citation 549, *Beauchesne* says:

The Royal Recommendation is not part of a bill; therefore, its subject-matter cannot be referred to a committee.

[Translation]

paragraphe que je viens de citer, lequel nous accorde le pouvoir général de faire rapport à la Chambre, et la nécessité d'obtenir un ordre de renvoi en fonction duquel nous devons faire rapport à la Chambre. Le paragraphe 6.21 du *Beauchesne* (Cinquième édition) se lit de la façon suivante:

(1) Un comité ne peut étudier que des questions qui lui ont été déferées par la Chambre.

(2) Le comité doit s'en tenir à l'ordre de renvoi et ne saurait y déroger... Dans le cas d'un comité spécial chargé de l'examen d'un projet de loi, ce projet de loi constitue par lui-même l'ordre de renvoi et le comité doit en faire rapport à la Chambre, avec ou sans modification.

A la section 4 du même paragraphe, il est dit:

Un comité peut parfois avoir à demander à la Chambre l'autorisation de présenter un rapport spécial, quand la portée de ses attributions est restreinte.

Cette dernière observation ne nous permet toutefois pas de demander à la Chambre de nous accorder un ordre de renvoi élargi pour l'étude de ce projet de loi. Il y a deux raisons à cela. Premièrement, la Chambre s'est déjà prononcée sur le principe de ce projet de loi en deuxième lecture et nous en a ensuite confié l'étude. Ce principe est et doit être limité par la recommandation royale annexée au projet de loi, conformément à la règle parlementaire de base selon laquelle le gouvernement propose et la Chambre dispose.

Le gouvernement a proposé l'affectation de crédits dans le projet de loi C-26. La Chambre a décidé de donner son approbation de principe. Cette approbation est assujettie à la règle du respect du principe accepté. La Chambre nous a renvoyé le projet de loi pour que nous l'étudiions article par article sur la base de son approbation de principe de la proposition du gouvernement.

Si nous présentions à la Chambre un rapport au sujet de ce projet de loi dans lequel nous demandions au gouvernement de dépenser plus d'argent, nous proposerions, en réalité, de modifier le principe admis par la Chambre.

La deuxième raison est connexe. La modification proposée par le député exigerait la modification de la Recommandation royale annexée au projet de loi. Le paragraphe 540 du *Beauchesne* (5^e édition) se lit, en partie, comme suit:

La communication, à laquelle la demande royale de recommandation a été annexée, doit être considérée comme établissant, une fois pour toutes (à moins qu'elle ne soit retirée et remplacée), non seulement le montant d'un prélèvement, mais aussi ses objectifs, ses buts, ses conditions et les réserves qui s'y rattachent.

Plus loin, au paragraphe 549 du *Beauchesne*, on lit:

La Recommandation royale n'est pas partie d'un projet de loi. En conséquence on ne saurait en renvoyer la matière à un comité.

[Texte]

In looking at the Speaker's ruling upon which this assertion is based, a ruling from January 1971, I find I must be governed by it.

On the basis of the authorities I have cited, I must therefore find that the committee does not have the authority on the basis of the order of reference before us to report to the House proposing a change in the Royal Recommendation attached to Bill C-26. Nevertheless, I do not want to leave the member without remedy if I can help him in his difficulty. I would therefore draw to his attention *Beauchesne* citation 540, from which I have already quoted in part. The relevant words are those in which *Beauchesne* notes that the Royal Recommendation:

is binding not only on private Members but also on Ministers whose only advantage is that, as advisors to the Crown, they can present new or supplementary estimates or secure the Royal Recommendation to new or supplementary resolutions.

Even the Minister is somewhat tied down.

What I am suggesting to the member is, although procedurally I can find no basis in our present order of reference to allow us to make a report to the House which goes beyond the principle of this bill, as accepted at second reading, I would suppose that the object he contemplates falls in the political arena, where he has opportunities to promote the objects he has in view. They appear to me not to fall within the purview of the bill we have before us, but I do not propose to hamstring members by holding them to a shorter tether during our clause-by-clause discussion of the bill than the one our witnesses were held to.

The only caution I would add in this regard is again founded on *Beauchesne*, citation 570 of the fifth edition, which reminds us that:

It is the duty of all committees to give to the matters referred to them due and sufficient consideration.

Those matters which go beyond what has been referred to us may, to some extent, come into our discussion when the Minister is before us. However, as chairman, I have an obligation to the committee, as the committee has to the House, to consider Bill C-26 itself, bearing in mind that the House has accepted its principle.

Finally, I therefore find that the proposed report to the House offered by the member goes beyond what is available to us under our order of reference on Bill C-26, and is not procedurally acceptable as a motion for debate under this order of reference. If the member can suggest another means by which the committee might seek leave of the House to consider the matters he would like to discuss, I shall examine his proposal. For the moment, I suggest that his available solution lies in convincing the Crown to accept and propose to Parliament the measure he would like to see adopted.

Mr. Malépart, do you have a point of order?

[Traduction]

J'ai lu la décision du Président, qui remonte à janvier 1971, sur laquelle cette affirmation est fondée, et j'estime y être lié.

Sur la base des sources que j'ai citées, je dois donc statuer que le Comité n'a pas le pouvoir, compte tenu de l'ordre de renvoi qu'il a reçu, de proposer à la Chambre de modifier la Recommandation royale annexée au projet de loi C-26. Néanmoins, je ne veux pas faire perdre tout espoir au député. J'attire donc son attention sur le paragraphe 540 du *Beauchesne* que j'ai déjà cité en partie. Le passage approprié est celui dans lequel *Beauchesne* note que la Recommandation royale:

lie non seulement les simples députés mais aussi les ministres dont l'unique avantage, en leur qualité de conseillers de la Couronne, est de pouvoir présenter les crédits nouveaux ou supplémentaires ou d'obtenir une recommandation royale des résolutions nouvelles ou supplémentaires.

Même le ministre a les mains un peu liées.

Voici ce que je propose au député. Même s'il n'y a, sur le plan de la procédure, rien dans l'ordre de renvoi qui nous permette de remettre à la Chambre un rapport qui modifie le principe du projet de loi approuvé en deuxième lecture. Je dirais que les objectifs visés par le député relèvent du domaine politique, par le biais duquel il pourrait les promouvoir. À mon avis, ces objectifs ne font pas partie de l'objet du projet de loi dont nous sommes saisis, mais je ne veux pas paralyser les députés en leur donnant moins de liberté, au cours de l'étude article par article du projet de loi, que n'en ont eu les témoins.

La seule chose que j'ajouterais à cet égard est de nouveau tiré de *Beauchesne*. On dit en effet au paragraphe 570 de la 5^e édition que:

Il est du devoir des comités d'accorder à toutes les questions qui leur sont déférées l'attention la plus sérieuse et la plus complète.

Les questions qui vont au-delà de celles qui nous ont été déférées peuvent, dans une certaine mesure, être apportées lorsque le ministre comparaît devant nous, mais en ma qualité de président, j'ai une obligation vers le Comité, comme le Comité en a une envers la Chambre, à savoir celle d'examiner le projet de loi C-26 tel qu'il existe maintenant, en n'oubliant pas que la Chambre en a approuvé le principe.

Je conclus donc que le rapport que le député propose de soumettre à la Chambre outrepasserait l'ordre de renvoi du projet de loi C-26 et n'est pas acceptable sur le plan de la procédure en tant que motion pouvant être débattue conformément à cet ordre de renvoi. Si le député veut proposer d'autres moyens par lesquels le Comité pourrait demander à la Chambre l'autorisation d'examiner les questions qui l'intéressent, je suis prêt à étudier sa proposition mais, pour l'instant, je crois qu'il ne lui reste que la possibilité de convaincre la Couronne d'approuver et de soumettre au Parlement la mesure dont il souhaite l'adoption.

Monsieur Malépart, voulez-vous invoquer le Règlement?

[Text]

M. Malépart: Merci, monsieur le président. J'accepte votre décision. Je suis persuadé qu'au cours de l'étude du projet de loi article par article, j'aurai l'occasion de donner au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social une dernière occasion de retourner au Cabinet et d'aller chercher le mandat nécessaire pour que le projet de loi soit modifié selon le vœu de l'ensemble des personnes qui sont venues témoigner.

J'ai une suggestion à faire afin d'accélérer le débat pour tous les parlementaires ainsi que pour le ministre et les fonctionnaires.

• 1600

La plupart des amendements que j'ai à formuler découlent de l'article 5, qui demeure la pièce maîtresse, à moins que le ministre n'ait d'autres amendements plus importants ailleurs. En ce qui concerne la procédure, monsieur le président, je vous sou mets humblement, de suspendre les articles 1 à 4 et de débiter par l'article 5. Je suis prêt à déposer tous les amendements qui en découlent et ensuite on pourrait régler la question de procédure. C'est ce que je suggère.

The Chairman: The Chair is in the hands of the committee on a point such as this. I have no objections to starting at clause 5, if that is the committee's wish, and hear all the amendments in that clause.

I think in order to digress from the standard procedure, beginning with clause 1, we would have to have unanimous consent. Is there unanimous consent from the committee to proceed to stand clauses 1 to 4, inclusive and proceed with clause 5? Mrs. Bertrand.

Mme Bertrand: Monsieur le président, si je comprends bien mon collègue, les amendements, ou la discussion qu'il veut entamer, ne porteraient que sur l'article 5. Ce qui signifie qu'on passerait assez vite sur les articles 1, 2, 3 et 4. Je ne vois pas pourquoi on ne le ferait pas tout de suite.

M. Malépart: Monsieur le président, s'il vous plaît.

Le président: Monsieur Malépart.

M. Malépart: Permettez-moi une correction. Dépendamment des décisions prises à l'article 5, et si je me souviens, le ministre avait déjà mentionné qu'à l'article 1, la définition pourrait être modifiée. Je verrais mal qu'à partir de l'article 5, nous soyons obligés de revenir à l'article 1 pour la modifier à nouveau. À partir de l'orientation qu'on prend à l'article 5, des modifications de concordance peuvent être apportées. Pour permettre la compréhension des propos du ministre, je pourrais faire circuler tous les autres amendements que je projette de présenter. Je cherche simplement à accélérer les travaux.

The Chairman: Dr. Marin.

M. Marin: Monsieur le président, je pense que dans le contexte d'une étude, article par article—n'en déplaise à mon collègue M. Malépart... j'aimerais commencer par la première et aller jusqu'à la fin.

[Translation]

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman. I accept your ruling. I am convinced that during the clause by clause study of the bill, I will have the opportunity to the Minister of Health and Welfare a last chance to go back to Cabinet and bring back a new order of reference so that the bill can be amended according to the wishes of all the witnesses who have appeared before us.

I would like to propose something that will facilitate the discussion for the members of the committee as well as for the Minister and his officials.

Most of the amendments I intend to present flow from clause 5, which is the main one, unless the Minister has other important amendments to make to other clauses. As far as procedure is concerned, Mr. Chairman, I would humbly request that we stand clauses 1 to 4 and begin our consideration with clause 5. I am prepared to table all my amendments related to this clause and then we can decide on procedure. That is what I suggest.

Le président: Quant à la procédure à suivre, le président s'en remet à la volonté du Comité. Je n'ai pas d'objection à ce que nous commencions notre examen du projet de loi à l'article 5, en entendant tous les amendements à celui-ci, si le Comité le désire.

Mais si nous voulons nous éloigner de la procédure normale, selon laquelle on commencerait par l'article 1, nous devons avoir le consentement unanime des membres. Tous les membres du Comité sont-ils d'accord pour que le Comité réserve les articles de 1 à 4 inclusivement et qu'il procède à l'étude de l'article 5? Madame Bertrand.

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, if I have understood my colleague's suggestion correctly, he wishes us to begin our discussion with amendments to clause 5. In other words, we would very quickly go over clauses 1, 2, 3 and 4. Personally, I see no reason why we should not proceed with them immediately.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, if you please.

The Chairman: Mr. Malépart.

Mr. Malépart: I would just like to clarify this. Depending on the decisions made with respect to clause 5, and if I remember correctly, the Minister already mentioned that the definition in clause 1 might be changed. I think it would be unfortunate if we had to come back to clause 1 to change it again once we had completed clause 5. Depending on the direction taken in clause 5, the appropriate changes will be made. In order to clarify the Minister's remarks, perhaps I could circulate all the other amendments that I intend to table. I am simply trying to expedite matters.

Le président: Monsieur Marin.

Mr. Marin: Mr. Chairman, I think that in the context of clause-by-clause consideration—and I certainly hope my colleague, Mr. Malépart, does not object—I would prefer to start with the first clause and go through to the end.

[Texte]

The Chairman: Mr. Minister, in as much as you were mentioning with respect to possible changes in clause 1, do you wish to comment on that before we decide finally?

Mr. Epp (Provencher): Well, Mr. Chairman, I thank the indulgence of the committee, knowing that I have no right to speak on these issues, not being a member of the committee. But again, if it does help the work of the committee and if it helps Mr. Malépart, on clause 1, as I mentioned in my earlier statement, we do have an amendment. I am just taking a look at his. He is circulating clause 1 as well. We have one for clause 1 and the one for clause 11, which I mentioned in my first remarks this afternoon. I would have some difficulty because of the amendments that we are willing to present; if they were not done sequentially, we could run into some difficulty.

The Chairman: Mr. Malépart, would you then agree, since you also have an amendment to clause 1? Shall we begin with clause 1 and follow the usual procedure? Would that be acceptable?

M. Malépart: Un dernier commentaire pour expliquer au ministre pourquoi j'ai fait parvenir la liste. Si vous examinez les amendements, vous constatez qu'ils prennent tous leur départ à l'article 5. Si l'article 5 n'est pas modifié, la totalité du projet n'est pas justifiable. C'est à partir de la discussion de l'article 5 qu'on avisera... si le président accepte la procédure. C'est pourquoi je suggérerai de commencer par l'article 5. Si les amendements que je propose à l'article 5 sont rejetés, tous les autres seront rejetés automatiquement. Si ces amendements sont acceptés, alors tous les autres amendements sont pertinents. Je n'ai que deux amendements à l'article 5. Donc, nous pourrions terminer rapidement l'étude de ce projet de loi avec les amendements soumis par le ministre. Mais si le Comité veut procéder article par article, qu'il en soit ainsi.

• 1605

The Chairman: The Chair has sought some advice from the experts here with us, who see no reason for not accepting Mr. Malépart's suggestion of going with clause 5, but there would have to be unanimous agreement. Is there unanimous agreement? Mr. Reid.

Mr. Reid: I deferred comment because of my colleague's submission. But a look at the bill itself and the explanatory comments indicates that practically all of the clauses preceding clause 5 are dependant upon clause 5. If we pass those, it puts us in a pretty rigid position when we come to clause 5 itself. Clause 5 to me appears to be a very key clause and perhaps the one that should be considered first. And if we do amend it, then we might have to amend the preceding clauses 1 to 4, inclusive. So I would be almost—with respect to my colleagues here—prepared to concur in the comment by Mr. Malépart.

[Traduction]

Le président: Monsieur le ministre, quant à la possibilité de modifications à l'article 1, désirez-vous faire des remarques là-dessus avant que nous prenions une décision?

M. Epp (Provencher): Eh bien, monsieur le président, je tiens d'abord à remercier le Comité de son indulgence, car je sais que je n'ai pas vraiment le droit de me prononcer là-dessus, étant donné que je ne suis pas membre du Comité. Mais encore une fois, si cela peut être utile non seulement au Comité mais à M. Malépart, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, nous avons effectivement un amendement à proposer à l'article 1. Je suis justement en train de regarder le sien. Je pense qu'il fait distribuer en même temps son amendement à l'article 1. Nous en avons un pour l'article 1 et un autre pour l'article 11, comme je vous l'ai déjà mentionné dans mes remarques liminaires cet après-midi. Je pense que nous pourrions avoir certains problèmes si nous n'examinions pas les amendements dans l'ordre normal.

Le président: Monsieur Malépart, puisque vous avez également un amendement à proposer à l'article 1, seriez-vous d'accord pour que nous commencions notre examen par l'article 1 et que nous suivions la procédure normale? Cela vous conviendrait-il?

Mr. Malépart: If I could make one last comment, I would like to explain to the Minister why I distributed the list. If you look at the amendments, you will see that they all begin with clause 5. If clause 5 is not amended, the whole group will not be able to be proposed. It is on the basis of our discussion on clause 5 that we will know... If the chairman accepts the procedure. That is why I would suggest we begin with clause 5. If my amendments to clause 5 are lost, all the others will automatically be lost as well. If they are accepted, then all the other amendments will be relevant. I only have two amendments to clause 5. We will then be able to quickly conclude our consideration of the bill by looking at the Minister's amendments. However, if the committee wishes to proceed so be it.

Le président: Le président a demandé conseil à nos experts, qui ne voient pas pourquoi nous ne pourrions accepter la proposition de M. Malépart pour commencer notre examen à l'article 5; mais il faudrait tout de même avoir le consentement unanime des membres du Comité. Y a-t-il consentement unanime. Monsieur Reid.

M. Reid: J'ai décidé d'attendre que mon collègue ait fini de vous présenter sa proposition pour faire certaines remarques. En fait, il suffit d'examiner le projet de loi et les notes explicatives pour savoir que pratiquement tous les articles avant l'article 5 dépendent justement de ce dernier. Si nous les adoptons tous avant d'arriver à l'article 5, nous serons dans une position très rigide lorsque nous y arriverons. À mon avis, l'article 5 est un article clé que nous devrions peut-être aborder en premier. Si nous décidons de le modifier, nous serons peut-être obligés de modifier également les articles 1 à 4 qui le précèdent. Donc, je suis plus ou moins disposé à accepter la suggestion de M. Malépart.

[Text]

The Chairman: We think that is the point Mr. Malépart is making; namely that if we do have reason to amend clause 5, we then would be in a bit of a bind because the previous clauses would have been passed and it would not really be appropriate for an amendment to clause 5. Is that your argument, Mr. Malépart?

Clauses 1 to 4 allowed to stand

On clause 5

The Chairman: Mr. Malépart.

M. Malépart: Moi, je suis d'accord.

The Chairman: Shall Clause 5 carry?

M. Malépart: Monsieur le président, en ce qui concerne l'article 5, j'ai dit tout à l'heure que vous aviez raison de refuser... J'aimerais donner au ministre une dernière occasion de répondre au vœu exprimé par la cinquantaine d'organismes qui sont venus témoigner ici et par des milliers de gens qui nous ont fait parvenir des pétitions.

Vous avez ma motion en français et en anglais. Je propose qu'on modifie l'article 5 du projet de loi C-26 en retranchant la ligne 32, à la page 3, et en la remplaçant par ce qui suit:

être payée à une personne veuve, séparée, divorcée ou célibataire qui

Et le projet de loi continue tel quel.

Si je propose cet amendement-là, monsieur le président, c'est pour donner au ministre une dernière occasion d'aller chercher le mandat, s'il le veut bien, qui lui permettrait de réaliser le souhait exprimé par les gens du Comité.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart. Any discussion?

I think perhaps we should probably look at the procedural implications of this amendment as well.

Mr. Malépart, is your amendment now dependant upon another change in the bill? You have replaced the words "a widow" with "a surviving spouse".

M. Malépart: Si les membres du Comité adoptent cet amendement, il est certain que des définitions devront être modifiées ailleurs dans le projet de loi.

The Chairman: I do not think the Chair sees any particular problem with that change, but would entertain discussion or debate on this amendment. Dr. Marin.

• 1610

M. Marin: Monsieur le président, j'aimerais que M. Malépart me dise si je comprends bien son amendement. Il propose que, à la ligne 32 de la page 3, on remplace l'expression «à une veuve qui» par l'expression «à un conjoint survivant qui». C'est bien la demande de M. Malépart?

M. Malépart: Monsieur le président, il y a peut-être de la confusion, mais je ne voudrais pas induire les membres en erreur. Je ne sais pas si les membres du Comité ont reçu cet

[Translation]

Le président: C'est justement l'argument de M. Malépart; à savoir que si nous voulions modifier l'article 5, il nous serait difficile de le faire après avoir adopté les articles précédents; ce ne serait pas vraiment approprié à ce moment-là. C'est bien cela votre argument, monsieur Malépart?

Les articles 1 à 4 sont réservés

Article 5

Le président: Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Yes, I agree.

Le président: L'article 5 est-il adopté?

Mr. Malépart: Mr. Chairman, as far as Clause 5 is concerned, I said earlier that you were right to refuse... I would like to give the Minister one last chance to respond to the wish expressed by 50 or so organizations who appeared before us and by thousands of people who sent us petitions.

I believe you have my motion in both French and English. I move that Clause 5 be amended by striking out line 37 at page 3 and substituting the following therefore:

a person who is a widow or widower, or separated, or divorced, or single

The rest of the wording would remain the same.

I am proposing this amendment, Mr. Chairman, to give the Minister one last chance to obtain the mandate, if he so wishes, which would allow him to fulfill the wishes of committee members.

Le président: Merci, monsieur Malépart. Y a-t-il d'autres remarques?

Je crois que nous devrions peut-être examiner les conséquences de cet amendement sur la procédure aussi.

Monsieur Malépart, est-ce que votre amendement dépend d'une autre modification au projet de loi? Je crois que vous désirez remplacer les mots «une veuve» par «un conjoint survivant».

Mr. Malépart: If the members of the committee decide to carry this amendment, there is no doubt that definitions will have to be amended elsewhere in the bill.

Le président: Je ne crois pas que ces modifications posent des difficultés particulières, mais le président est prêt à écouter les remarques des autres membres au sujet de cet amendement. Monsieur Marin.

Mr. Marin: Mr. Chairman, I would like to be certain that I have correctly understood the thrust of Mr. Malépart's amendment. I believe he is proposing that we substitute the expression "a surviving spouse who" for the words "to a widow who", at line 37, page 3, of the bill. Is that Mr. Malépart's suggestion?

Mr. Malépart: Mr. Chairman, there seems to be some confusion here, but I certainly do not wish to mislead the members of the committee. I do not, in fact, know whether

[Texte]

amendement. Il serait bon que le président lise cet amendement. Je croyais que les deux groupes d'amendements avaient été distribués. Je ne voudrais pas induire les membres en erreur; je connais d'avance la réponse. Comme je le disais tantôt, monsieur le président, c'est pour donner une dernière chance au ministre en ce qui concerne cet amendement.

The Chairman: If I may, before I call upon the Minister, I think the picture is now a little different. Some of us were going by this large bundle of amendments. We have heard only "to a surviving spouse" as being a significant change, but I think you have clarified that and indicated to us that it is indeed more than that. And actually the wording in English would be "a person who is a widow or widower, or separated, or divorced, or single", which I think undoubtedly does cause a difference.

Once again the Chair was in anticipation of this probable amendment coming. If I may, I would like to present before the committee some observations and probably a ruling on that at this time, if that is appropriate.

We have again a procedural question of the admissibility of the proposed amendment put forward by the hon. member. The amendment seeks to extend the object—this is important—of clause 5, which is to pay the present spouse's allowance to all widowed persons aged 60 to 64, regardless whether they were, at the time of being widowed, eligible for the spouse's allowance by virtue of being married to an old age pensioner.

The proposed amendment would extend coverage to a wider group; that is, to all persons aged 60 to 64. *Beauchesne*, in citation 540, the fifth edition, states:

The guiding principle in determining the effect of an amendment upon the financial initiative of the Crown is that the communication, to which the Royal Recommendation is attached, must be treated as laying down once for all (unless withdrawn and replaced) not only the amount of the charge, but also its objects, purposes, conditions and qualifications. In relation to the standard thereby fixed, an amendment infringes the financial initiative of the Crown not only if it increases the amount but also if it extends the objects and purposes, or relaxes the conditions and qualifications expressed in the communication by which the Crown has demanded or recommended a change.

Members may ask themselves what power is left to a committee to amend a bill when a Royal Recommendation is attached to it. Clearly the citation I have quoted implies that a

[Traduction]

members of the committee have received a copy of this amendment. Perhaps it would be appropriate for the chairman to read it first. I thought both sets of amendments had already been circulated. I have no desire to mislead members; in fact, I already know what the answer will be. But as I was saying earlier, Mr. Chairman, I wanted to give one last chance to the Minister with respect to this amendment.

Le président: Avant de donner la parole au Ministre, je crois qu'il convient de vous faire remarquer que la situation est un peu différente maintenant. Certains d'entre nous suivaient le texte de la grosse liasse d'amendements. Ainsi nous croyions que la seule modification importante concernait le remplacement des mots «à une veuve» par «à un conjoint survivant»; mais vous avez maintenant clarifié cette situation en nous indiquant que c'est un peu plus que cela. Le libellé en français serait le suivant «être payé à une personne veuve, séparée, divorcée ou célibataire qui», ce qui est tout de même très différent de l'autre.

Encore une fois, le président se doutait qu'en amendement de ce genre serait présenté. Si vous me le permettez, je voudrais faire certaines remarques et trancher la question dès maintenant, si cela vous convient.

Encore une fois, il s'agit de décider de la recevabilité de l'amendement proposé par l'honorable député. L'amendement vise à étendre l'objet—et voici ce qui est important—de l'article portant au versement de l'allocation actuelle au conjoint à toutes les personnes veuves âgées de soixante à soixante-quatre ans, peu importe si leur conjoint touchait, de son vivant, une pension de la vieillesse.

L'amendement proposé viserait un groupe d'âge plus large, c'est-à-dire toutes les personnes âgées de soixante à soixante-quatre ans. L'article 540 de la cinquième édition de *Beauchesne* indique ce qui suit:

«Le principe directeur quand il s'agit de déterminer les conséquences d'une modification dans le domaine financier, sur l'initiative de la Couronne, consiste en ce que la communication, à laquelle la demande royale de recommandation est annexée, doit être considérée comme établissant, une fois pour toutes (à moins qu'elle ne soit retirée et remplacée), non seulement le montant d'un prélèvement, mais aussi ses objectifs, buts, ses conditions et les réserves qui s'y rattachent. En ce qui concerne la norme ainsi fixée, tout amendement enfreint l'initiative de la Couronne dans le domaine financier, non seulement s'il augmente le montant, mais aussi s'il en étend les objets et les fins, ou s'il relâche les conditions et les réserves signalées dans la communication, par laquelle la Couronne a demandé ou recommandé, un prélèvement. Cette norme lie non seulement les simples députés mais aussi les ministres dont l'unique avantage, en leur qualité de conseillers de la Couronne, est de pouvoir présenter des crédits nouveaux ou supplémentaires ou d'obtenir une recommandation royale de résolutions nouvelles ou supplémentaires.»

Les députés se demanderont peut-être quel pouvoir il reste à un comité de modifier un projet de loi lorsqu'une demande royale de recommandation y est annexée. De toute évidence, le

[Text]

committee and Parliament in general have the power to deny the moneys sought by the Crown, to restrict the objects for which it is sought, or to tighten the qualifications expressed in the bill; but not the reverse. In short, while the power to propose spending for specified objects rest with the Crown, that is with Cabinet, the power to accept, reject or restrict the proposal rests with Parliament. Those are very important. We have the power as Parliament and as this committee to accept, to reject or to restrict; but we may not expand.

In the present case the proposed amendment would supplant the power to propose spending objects which rests with the Crown and is therefore, I submit, out of order.

Again, Mr. Malépart, I would commend you on your fine attempts to represent what indeed were many of the representations made to the committee by many of our witnesses, but in recognition of the rules of procedure, I am sure you can appreciate the difficulty the committee is in. I am sure we acknowledge the fine attempt you have made in both these instances.

Now, we are still on clause 5.

M. Malépart: J'ai un autre amendement à l'article 5. Quand j'ai présenté le dernier amendement, il était de mon devoir de le faire au nom des groupes. Mais j'aimerais également avoir des explications en ce qui concerne l'amendement à l'article 5 figurant dans le cahier, qui prévoit de remplacer les mots «veuf» et «veuve» par «conjoint survivant».

• 1615

J'aimerais que le ministre ou un des fonctionnaires nous donne des explications à ce sujet. À la Régie des rentes du Québec et au Régime de pensions du Canada, on utilise le terme de «conjoint survivant». Cet amendement est recevable; il n'étend pas à plus de personnes l'admissibilité, ce que je souhaitais, mais ce n'est pas possible. Vu que les mots «veuf» et «veuve» ne sont plus tellement utilisés, il serait bon d'accepter cet amendement. Au niveau de la procédure, l'amendement est acceptable, mais si le ministère a des objections, j'aimerais les entendre. Je présente cet amendement dans le but d'améliorer le vocabulaire et pour éviter qu'on qualifie, de façon sexiste, cette allocation de pension des veuves. Vu qu'on emploie déjà l'expression «conjoint survivant» dans les régimes des rentes du Canada et du Québec, ce serait peut-être mieux d'adopter la même terminologie dans le projet de loi C-26.

The Chairman: I do not think this amendment is officially on the floor, but certainly we would entertain, I am sure, a comment from the Minister at this point to explain the use of his term as opposed to the proposal.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, what Mr. Malépart says in terms of parallelism is correct. In that sense, his point is well taken. I think one has to be careful with the parallelism of the QPP and the CPP with the spouses allowance, because if you look at the words "surviving spouse" as it relates to the QPP and the CPP, you have in those plans a survivors benefit,

[Translation]

commentaire que j'ai cité suppose qu'un comité, et le Parlement en général, ont le pouvoir de rejeter les crédits demandés par la Couronne, de limiter les objets pour lesquels ils sont demandés ou de renforcer les réserves exprimées dans le projet de loi, mais non l'inverse. En bref, bien que le pouvoir de proposer des dépenses pour des objets précis incombe à la Couronne—c'est-à-dire au Cabinet—celui d'accepter, de rejeter ou de limiter la proposition incombe au Parlement.

Dans le cas actuel, le projet d'amendement supplanterait le pouvoir de proposer des objets de dépenses, lequel incombe à la Couronne; il est donc contraire au Règlement.

Encore une fois, monsieur Malépart, je vous félicite de votre tentative pour défendre les intérêts de bon nombre de nos témoins, mais étant donné le Règlement, je suis sûr que vous comprenez le problème que cela pose au Comité. Nous sommes tout de même très conscients des efforts louables que vous avez déployés dans les deux cas.

Nous en sommes encore à l'article 5.

Mr. Malépart: I have one further amendment to Clause 5. In tabling the last amendment, I felt it was my duty to do so on behalf of those groups who had made representations. But I would like to be given some explanation with respect to the amendment to Clause 5 contained in the big bundle, which proposes substituting the words "surviving spouse" for "widow or widower."

I would like either the Minister or one of his officials to provide me with some explanation. Both the Quebec Pension Plan and the Canada Pension Plan use the term "surviving spouse". I believe this amendment is in order; it does not in fact extend eligibility to a greater number of persons, as this is impossible, although I would have hoped it might. Considering that the words "widower" and "widow" are not really used much anymore, I think this amendment would be perfectly appropriate. As far as procedure is concerned, I believe the amendment to be in order; however, if the department has specific objections, I would like to hear them. I am presenting this amendment with a view to improving the wording and, in particular, to avoid any sexist terminology as far as the spouses allowance is concerned. Since the term "surviving spouse" is already used by the Canada and Quebec Pension Plans, it might be better to use the same terminology in Bill C-26.

Le président: Je ne crois pas que cet amendement ait été officiellement déposé, mais nous pouvons tout de même demander au ministre de nous expliquer pourquoi il a choisi le libellé de l'article 5 plutôt que l'expression que nous propose le député.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, M. Malépart a tout à fait raison de dire que ces deux régimes emploient une seule expression. À ce point de vue, son argument est très juste. Mais il faut tout de même être prudent en parlant de l'allocation au conjoint dans le cadre du RRQ et du RPC, puisque ces deux régimes prévoient des prestations de survivant qui

[Texte]

and that survivors benefit has been accrued through the payment of a premium to a pensioner through the period of time that he or she worked. So there is a survivors benefit that has accumulated, which is then transferred by delegation by the recipient, by the beneficiary of the CPP-QPP.

This proposal does not have a survivors benefit in the same way. It is not vested; it is not in the name of that person, but rather is a benefit extended to a widow or a widower, who, for reasons that they are either a widow or a widower and do not have a certain income, will get a benefit under this act. So I think if we would use the same term that is used in the CPP and the QPP, it would create an impression for a benefit that applies in those acts but does not apply in this act. That is why I think the words "widow" and "widower" are more precise.

In terms of the sexism that Mr. Malépart raises, I think he would have a point if the two words are not used throughout the bill, "widow" and "widower".

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Mr. Malépart?

M. Malépart: Monsieur le président, je demanderais une simple précision. Dans la version française du projet de loi, on prévoit à l'article 5 qu'une allocation est payable aux veufs et aux veuves —ou tout simplement aux conjoints survivants— dont l'âge varie entre 60 et 64 ans dans la mesure où ils répondent aux normes concernant les revenus, et ce peu importe l'âge du conjoint au moment du décès.

Pour l'explication, on utilise le mot «conjoint»; pour l'identification des personnes, on utilise les mots «veuf» et «veuve». A plusieurs endroits, les rédacteurs du projet de loi utilisent le terme de conjoint. À mon avis, cela ne porterait pas à confusion parce que, en utilisant les mots «veuve» ou «veuf», il y a plusieurs veuves ou veufs qui vivent en conjoint et qui vont penser que c'est une pension des veuves qu'ils ont droit de recevoir. Il y a plusieurs personnes, et cela peut porter à confusion, mais elles ont le droit de recevoir une pension des veuves parce qu'elles ont déjà été veuves.

Je n'ouvrirai pas un débat de procédure là-dessus, mais j'aimerais voir comment cela se fait. Cela atteint les mêmes objectifs. Dans le projet de loi, il y a des articles qui expliquent à qui cela s'adresse, mais c'est strictement la terminologie utilisée qui change: au lieu de les appeler des veufs et des veuves, c'est le conjoint survivant. Et il faut se rappeler que, à l'article premier, on doit énoncer la définition.

• 1620

C'est quoi, le conjoint survivant admissible? Ce n'est pas seulement à la suite du décès dans le mariage. Vous êtes obligés de faire une distinction à partir de trois ans ou à partir de deux ans. Je me dis que «conjoint survivant» simplifie beaucoup les choses. C'est plus simple que de parler de mariage ou d'un an s'il n'existe aucun empêchement à leur mariage, à l'article 1. Je rappelle au ministre et aux fonctionnaires qu'il nous faut toujours moderniser notre vocabulaire, pour s'assurer que les personnes ne se sentent pas mal identi-

[Traduction]

s'accumulent au fil des années grâce au paiement d'une prime sur toute la période pendant laquelle le pensionné a travaillé. Il y a donc une accumulation des prestations de survivant, qui peuvent ensuite être transférées à une autre personne par le prestataire du RRQ ou du RPC.

Cette proposition ne concerne pas des prestations de survivant du même type. Il ne s'agit pas de prestations acquises versées au nom d'un particulier, mais plutôt d'une allocation accordée à une veuve ou à un veuf qui, en raison de sa situation, justement, n'a pas un revenu très élevé. Donc, si nous reprenions le terme utilisé dans le cadre du RRQ et du RPC, on donnerait l'impression qu'il s'agit là du même genre de prestations acquises. Voilà pourquoi j'estime plus juste d'employer les termes «veuve» et «veuf».

Quant à la remarque de M. Malépart concernant le langage sexiste de l'article, je crois qu'il aurait raison si nous ne voulions pas utiliser les deux termes «veuve» et «veuf» dans tout le projet de loi.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Monsieur Malépart?

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I would just like to have one point clarified. In the French version of clause 5 of the bill, there is a provision for an allowance to be paid to widows and widowers—or simply to surviving spouses—aged 60 to 64 who meet the income criterion, regardless of the age of the deceased spouse at the time of his or her death.

In the explanatory notes, the term "spouse" is used, whereas in the actual text where the recipients are identified, the words "widower" and "widow" are used. Indeed, the drafters of the bill have used the term "spouse" in several different places. My view is that this will not lead to confusion since, if we use the words "widow" or "widower", some widows or widowers living together may think this is a widow's pension they are entitled to receive. There are people, and this may lead to some confusion, who are entitled to receive a widow's pension because they have been widowed before.

I do not intend to start a long procedural debate on this issue, but I would just like to be given some explanation. It meets the same objectives. There are clauses of the bill which explain who the beneficiaries are, and only the terminology used changes; in other words, rather than calling them widows and widowers, they are called surviving spouses. Let us not forget that we have to give a precise definition in clause 1.

Who exactly would qualify as an eligible surviving spouse? Eligibility does not only relate to the death of a spouse within a marriage. You are required to make a distinction on the basis of three years or two years. It seems to me that it would be much simpler to use the term "surviving spouse". It is a lot simpler than bringing up the issue of marriage or of a one-year period where there is no impediment to marriage, as is done in Clause 1. I would just like to remind the Minister and his officials that we must constantly keep our vocabulary up to

[Text]

fiées et que les programmes que le gouvernement met en place s'adressent vraiment aux bonnes personnes.

The Chairman: Mr. Reid, did you indicate a desire to speak?

Mr. Reid: Mr. Chairman, speaking to the same issue, I agree with the Minister in his comments that there is really no parallelism between a surviving spouse under the Canada Pension Plan, the Quebec Pension Plan, and this bill. However, if the Minister is seeking specificity so that there is no misunderstanding, I would direct his attention to that definition section, just as Mr. Malépart has, and to the reference of widow as including widower, and even common-law spouses.

If it is intended that there be only a widow considered under clause 5, I am left with some confusion as to what the definition section will interpret "widow" to be under that clause in the light of the definition section itself.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. Mr. Minister, do you have any comments at this stage?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I believe Mr. Reid is a lawyer and I am not, but if he looks at the definition on page 1, clause 1, he will see that the word "widow", for definitional purposes, applies both to widows and to widowers. If he then looks at clause 5 where the word "widow" is used, he will see it is applicable to either case.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Mr. Malépart.

M. Malépart: Monsieur le président, j'aimerais apporter une précision au ministre. À la page 6 du texte français, et je présume que le même vocabulaire est utilisé dans le texte anglais du projet de loi, on utilise, au paragraphe (3), la définition de «contre-valeur du supplément pour le conjoint survivant d'un pensionné décédé». Parfois, dans les projet de loi, le législateur a utilisé les mots «veuf» et «veuve», parce que c'était le titre du projet de loi, mais dans les définitions, à l'intérieur, il a utilisé des mots qui démontrent qu'il s'agit du conjoint survivant. Si le projet de loi ne s'était adressé qu'aux veufs et aux veuves en fonction du mariage, je ne pense pas que le législateur se serait senti obligé de définir, au paragraphe (1), qui on considère comme veufs et veuves. Avec «conjoint survivant», vous avez la même définition. Je pense que cela n'étendra pas l'allocation au conjoint à plus de personnes qu'on ne le prévoyait au départ. Seulement, je pense que c'est une façon de mieux identifier les personnes admissibles, afin que les gens ne pensent pas qu'il existe maintenant une pension des veuves et des veufs, même s'ils sont remariés, comme cela existe dans le Régime des rentes, par exemple.

Le président: Madame Bertrand.

Mme Bertrand: Monsieur le président, je crois que l'intention de M. Malépart est d'améliorer la version française. C'est un effort qu'on essaie continuellement de faire dans notre société francophone. Je pense que c'est louable.

Est-il possible de différer le débat afin de donner aux traducteurs ou aux linguistes le temps d'étudier ce terme, pour

[Translation]

date, to ensure that people feel properly identified and that government programs are aimed at the appropriate people.

Le président: Monsieur Reid, voulez-vous prendre la parole?

M. Reid: Monsieur le président, sur le même sujet, je dois avouer que je suis d'accord avec le ministre lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de parallèle entre le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec et ce projet de loi, en ce qui concerne le conjoint survivant. Toutefois, si le ministre désire être aussi précis que possible, afin d'éviter les malentendus, il conviendrait d'attirer son attention sur l'article qui comporte les définitions, comme l'a fait M. Malépart, où l'on dit que le terme «veuve» comprend les veufs et même les personnes vivant en union consensuelle.

Si l'intention est de n'inclure que les veuves à l'article 5, j'ai du mal à voir comment on pourra définir ce terme à l'article approprié, étant donné ce qui y figure déjà.

Le président: Merci, monsieur Reid. Monsieur le ministre, désirez-vous ajouter quelque chose?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, il est vrai que M. Reid est avocat et, moi, non, mais si l'on regarde la définition qui figure à la page 1, article 1, il verra que le terme «veuve» s'applique également aux veufs aux fins de ce projet de loi. Ainsi, le terme «veuve», qui figure dans l'article 5, s'appliquerait aux deux.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I think I should point something out to the Minister. On page 6, paragraph 3, of the French text—and I presume the same vocabulary is used in the English text of the bill—there is mention of the definition "supplement equivalent for the surviving spouse of a deceased pensioner". Occasionally, the drafter of the bill has used the words "widow" or "widower" in the bill, because it relates back to the title of the bill, but in the definition section, he has used words which prove that he is, in fact, discussing a surviving spouse. If the bill were only addressed to widows and widowers in the context of marriage, I hardly think the drafter of the bill would have felt obliged to define what is meant by widows and widowers in Clause 1. With the term "surviving spouse", the definition is the same. I do not think it will extend the spouse's allowance to a greater number of people than was intended at the outset. On the other hand, I think it is an excellent way of identifying eligible persons, so that people are not left with the impression that they are now entitled to a widow's or widower's pension, even if they have remarried, as is the case with the Quebec or Canada Pension Plans, for instance.

The Chairman: Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, I believe Mr. Malépart's intention is to improve the French version. This is something we, as francophones, are constantly seeking to do, and I think it is quite commendable.

Do you think it would be possible to postpone our debate on this issue in order to give our translators or linguists the time

[Texte]

savoir si rien ne s'oppose, au point de vue juridique, à ce que nous l'employions? Si rien ne s'y oppose, on pourrait peut-être l'accepter. On pourra vous donner une réponse dans quelques heures ou à la prochaine séance. Je vois mal comment des unilingues anglophones pourraient voir le bien-fondé du terme.

The Chairman: As the Chair understands it, we do not have an actual amendment officially before the committee at the moment. Mr. Malépart has asked a question about some wording. There is no amendment before the committee; we are just discussing a possible change. Mr. Minister?

• 1625

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I am trying to be as helpful as I can and not trying to get hung up on words, but I do have difficulty with "surviving spouse". I cannot guarantee future legislation, as no Minister can; but if we take a look at changes, for instance, in the Canada Pension Plan and the QPP, some of the discussions that are taking place, some of the changes for instance that were looking at private pensions, we use "surviving spouse" in so many of those instances because there is a relationship to the vesting that was done for the person who paid for a pension. His or her surviving spouse in fact is a beneficiary because a plan was paid for.

That is not the case in this bill. There is no plan that was directly paid for by a family member and therefore a surviving spouse is eligible for a plan. If we were to go back to that and change those definitions, I have real fear about going back to all the legal drafters. I do not think anything would be achieved; that is my concern.

I cannot put this into any more specifics than I have. Before I could accept that kind of an amendment I would have to go back to the legal drafters and back to the various pension plans, both public and private, and see what implications those words might have for this bill. I just do not think that would achieve or change anything, because no one else would be eligible, no more than they are now under the definition. It does not change anything, but it might create difficulties for us in any other pension reform we might want to undertake.

The Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid: Mr. Chairman, we have heard the Minister give an explanation as to who are entitled to benefit from this bill, and they are set out in the definition section. That being so, I would think we should hear argument on the question and move on to a decision without further delay.

The Chairman: Mr. Reid, I welcome your suggestion that we try to expedite the functioning of the committee if we can, yet give everybody a chance to be heard and make any suggestions. We are still considering clause 5; we have no amendments on the floor. What is the committee's wish?

Mr. Duguay: I suggest, Mr. Chairman, that Mr. Malépart put the amendment, if that is his wish, and that we move on.

[Traduction]

to study this term and ascertain whether there would be any legal impediment to our using it? If no such impediment exists, perhaps we could accept it. We could give you an answer in a few hours, or perhaps at the next meeting. I hardly think unilingual anglophones could justify the use of the term.

Le président: Le président croit comprendre que l'amendement en question n'a pas encore été officiellement déposé pour l'instant. M. Malépart a posé une question à propos du libellé. Aucun amendement n'a été proposé; nous discutons simplement d'une modification éventuelle. Monsieur le ministre?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, j'essaie d'être aussi coopératif que possible et de ne pas m'arrêter à des mots, mais l'expression «conjoint survivant» me pose des problèmes. Je ne peux pas donner de garantie quant aux lois à venir, aucun ministre ne peut le faire; mais si nous regardons les changements apportés, par exemple, au Régime de pensions du Canada et au RRQ, si nous tenons compte des discussions qui ont eu lieu, de certaines modifications aux régimes de pension privés, l'expression «conjoint survivant» revient souvent parce qu'il y a un droit acquis sur les contributions versées en faveur du cotisant. Le conjoint survivant est le bénéficiaire parce qu'il y a eu cotisation.

Ce n'est pas le cas ici. Il n'y a pas de cotisation directe versée par un membre de la famille, ce qui fait que le conjoint survivant est admissible. Si nous faisons marche arrière et changeons ces définitions, je crains que nous ne soyons obligés de recommencer la rédaction du projet de loi. Je ne pense pas que cela permettrait d'accomplir quoi que ce soit; c'est ce qui m'inquiète.

Je ne peux pas le dire de façon plus précise. Avant de pouvoir accepter un tel amendement, je devrais consulter les rédacteurs de la loi et revoir les divers régimes de pension, publics et privés, et voir ce que pourrait entraîner l'utilisation de cette expression. Je ne pense pas que cela serait vraiment utile, puisque personne d'autre ne serait admissible, pas plus qu'avec la définition actuelle. Cela ne change rien, mais cela pourrait poser des problèmes au cas où nous entreprendrions d'autres réformes des régimes de pension.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid: Monsieur le président, le ministre nous a expliqué qui seront les bénéficiaires aux termes de la loi, et ils sont décrits dans les définitions. Je pense donc que nous devrions entendre les divers points de vue sur la question et prendre une décision sans plus attendre.

Le président: Monsieur Reid, votre suggestion que nous essayons d'accélérer les travaux du Comité tout en permettant à chacun d'exprimer son point de vue est la bienvenue. Nous étudions encore l'article 5; aucun amendement n'a été présenté. Que désire faire le Comité?

M. Duguay: Monsieur le président, je suggère que M. Malépart présente l'amendement, s'il le désire, et que nous passions à autre chose.

[Text]

The Chairman: Mr. Duguay suggested that you put your amendment, Mr. Malépart, should you wish, and then we can move on and deal with it. Mr. Malépart.

M. Malépart: Monsieur le président, voilà exactement ce que je voulais faire. Je propose qu'à l'article 5 du projet de loi C-26, l'on retranche la ligne 32 de la page 3 pour la remplacer par ce qui suit:

être payée à un conjoint survivant qui

Il faudrait remplacer les mots «veuf» et «veuve».

The Chairman: Mr. Malépart, I do not think our translators got the last bit of that.

M. Malépart: Pardon? Vous avez la traduction.

The Chairman: I do not believe the translators got the last bit of what you said. Would you just repeat it?

M. Malépart: Monsieur le président, j'aimerais proposer un amendement à l'article 5 du projet de loi C-26. Je propose de retrancher la ligne 32 de la page 3, et la remplacer par ce qui suit:

être payée à un conjoint survivant qui

Et l'article continue tel quel.

Amendment negatived

• 1630

Clause 5 agreed to

The Chairman: Now, is it the wish of the committee to go back to clause 1? Shall clause 1 carry?

Mr. Malépart.

M. Malépart: À l'article 1, on dit:

a) trois ans s'il existe un empêchement à leur mariage, ou

b) un an s'il n'existe aucun empêchement à leur mariage,

Le ministre ne devait-il pas apporter un amendement à cet article?

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, the reason why you might see the debate—keep in mind that it is for report stage only because of the Royal Prerogative. But what I intend to do, if that helps the committee and helps Mr. Malépart, though I do not think it can be received as an amendment, is to put it on the record that it is the amendment we intend to move in the House at report stage.

The Chairman: I am not sure what the feelings of the committee are. It would seem to be...

Mr. Epp (Provencher): It is information only, and if they do not want the information we just withhold it.

The Chairman: Perhaps the committee would like to have it for information, is that right? Mr. Duguay? Agreed?

Mr. Epp (Provencher): Well, if that is the case, perhaps I can read it and not ask Mrs. Bertrand. Generally the Parliamentary Secretary does, but I will do it for informational

[Translation]

Le président: Monsieur Malépart, M. Duguay suggère que vous présentiez votre amendement, si c'est ce que vous désirez, et que nous réglions la question. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, that is exactly what I was going to do. I propose that Clause 5 of Bill C-26 be amended by striking out line 37 on page 3 and substituting the following therefor:

A surviving spouse who

The word "widower" and "widow" should be replaced.

Le président: Monsieur Malépart, je crois que les interprètes n'ont pas saisi la fin de votre intervention.

Mr. Malépart: Excuse me? You have the translation.

Le président: Je crois que les interprètes n'ont pas saisi la fin de votre remarque. Pourriez-vous la répéter?

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I would like to propose an amendment to Clause 5 of Bill C-26. I propose to strike out line 37 on page 3 and to substitute the following therefor:

a surviving spouse who

and to continue with the clause as is.

L'amendement est rejeté.

L'article 5 est adopté

Le président: Maintenant, le Comité veut-il revenir à l'article 1? L'article 1 est-il adopté?

Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Clause 1 says:

a) at least three years, where there is a bar to their marriage, or

b) at least one year, where there is no such bar,

Did the Minister not intend to amend this clause?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, il ne faut pas oublier qu'en raison de la prérogative royale, le débat n'aura lieu qu'à l'étape du rapport. Mais ce que je peux faire, si cela peut aider le Comité et M. Malépart, bien que je ne pense pas que cela puisse être accepté à titre d'amendement, c'est de dire officiellement que nous avons l'intention de présenter cet amendement à la Chambre, à l'étape du rapport.

Le président: Je ne sais pas ce qu'en pense le Comité. Il me semble que...

M. Epp (Provencher): C'est à titre de renseignement seulement, et si les membres ne veulent pas le renseignement, nous ne le donnerons pas.

Le président: Le Comité désirerait peut-être obtenir le renseignement, n'est-ce pas? Monsieur Duguay? D'accord?

M. Epp (Provencher): Eh bien, dans ce cas, je vais peut-être le lire, plutôt que de demander à M^{me} Bertrand de le faire. C'est généralement le secrétaire parlementaire qui en donne

[Texte]

purposes only and to try to aid both Mr. Malépart and other members of the committee.

This is for information only: that clause 1 of Bill C-26 be amended by striking out lines 10 to 14 on page 1 and substituting the following:

lived with that person for at least one year,

That amendment will be moved at the time it is in report stage.

The Chairman: Mr. Duguay.

Mr. Duguay: Perhaps someone will give me some guidance. I do not see any reason why one of us on the committee, if we are all in agreement, could not move these amendments and save the time of the House of Commons. Would the Minister see any problem with that?

Mr. Epp (Provencher): I am sorry, Mr. Chairman, I do not have that power because of the Royal Recommendation. It is an expenditure, but it puts the bill, Bill C-26, parallel to the divorce legislation, and that is possibly why the clerks and others in the committee are looking at this procedure as something rather unusual. The point of the matter is that the divorce legislation tabled in the House and not passed would be parallel to this clause, so the legislative process is obviously not complete in Bill C-26 or in the divorce legislation. But when both bills are passed, should Parliament so decide, there would be a parallel definition.

The Chairman: If the Chair understands the situation correctly, what we have here is—it is a learning experience for all of us including your chairman, probably even for the Minister as well—but it seems we have the same situation here with this proposed amendment, that we are now getting information that will enlarge the scope of the bill and therefore requires a Royal Recommendation to present it, and that is why you, the Minister, cannot present it until you get that at the report stage.

Mr. Malépart.

M. Malépart: Monsieur le président, je voudrais poser une question au ministre pour voir si j'ai bien saisi. Cet amendement que vous venez de nous suggérer ne sera pas conditionnel aux amendements du projet de loi sur le divorce, n'est-ce pas? L'amendement que vous venez de suggérer pourrait-il être adopté strictement dans le cadre du projet de loi C-26, même si l'autre projet de loi n'est pas adopté?

Mr. Epp (Provencher): Yes, Mr. Chairman, they are independent of each other, but it would prevent... I am sure Mr. Malépart and others who have been in the House have seen at the end of a session we suddenly get an omnibus housekeeping bill, as it is colloquially called. This would at least put this bill on parallel with the divorce legislation if and when both bills are passed.

• 1635

The Chairman: Thank you, Mr. Minister.

Clause 1 agreed to

[Traduction]

lecture, mais je vais le faire, puisque c'est à titre de renseignement seulement, pour essayer d'aider M. Malépart et les autres membres du Comité.

A titre de renseignement seulement: il est proposé que l'article 1 du projet de loi C-26 soit modifié par substitution, aux lignes 10 à 14 à la page 1, de ce qui suit:

depuis au moins un an

L'amendement sera proposé au moment du rapport.

Le président: Monsieur Duguay.

M. Duguay: Quelqu'un peut-il m'éclairer? Je ne vois pas pourquoi, si nous sommes tous d'accord, un membre du Comité ne pourrait pas proposer ces amendements et faire ainsi gagner du temps à la Chambre. Le ministre y voit-il une objection?

M. Epp (Provencher): Je suis désolé, monsieur le président, ce n'est pas en mon pouvoir en raison de la recommandation royale. C'est une dépense, mais cela met le projet de loi C-26 en parallèle avec la Loi sur le divorce, et c'est peut-être la raison pour laquelle les greffiers et autres membres du Comité considèrent ceci comme une procédure un peu inhabituelle. Le fait est qu'il y a un parallèle entre la Loi sur le divorce, qui a été déposée à la Chambre et qui n'a pas encore été adoptée, et cet article; le processus législatif est donc de toute évidence incomplet tant dans le projet de loi C-26 que dans la Loi sur le divorce. Mais lorsque les deux projets de loi seront adoptés, si le Parlement en décide ainsi, il y aurait des définitions parallèles.

Le président: Si je comprends bien, ce qui se passe—c'est une expérience nouvelle pour nous tous, y compris pour votre président, et sans doute même pour le ministre—mais il semble que l'amendement proposé élargirait la portée du projet de loi, et de ce fait, il ne peut être proposé que sur une recommandation royale, ce qui veut dire que vous ne pouvez pas le proposer, monsieur le ministre, avant l'étape du rapport.

Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I would like to ask a question to the Minister to see if I understand this correctly. The amendment you have just read to us would not be consequential upon amendments to the divorce legislation, would it? Could this amendment be carried strictly in the context of Bill C-26, even if the other bill is not passed?

M. Epp (Provencher): Oui, monsieur le président, ce sont deux amendements distincts, mais cela empêcherait... M. Malépart et les autres membres qui étaient à la Chambre ont vu, j'en suis sûr, qu'à la fin d'une session, on a tout à coup un bill administratif fourre-tout comme on dit familièrement. Le projet de loi serait ainsi au moins en parallèle avec la Loi sur le divorce, si les deux projets de loi sont adoptés.

Le président: Merci, monsieur le ministre.

L'article 1 est adopté

[Text]

On clause 2

The Chairman: Mr. Malépart.

M. Malépart: J'ai une seule question à poser au ministre, monsieur le président. L'article 5 a été adopté; mon amendement a été rejeté alors que les deux autres ont été adoptés. La plupart des membres du Comité étaient ici lorsque nous avons entendu les témoins. La plupart des groupes ont dit que si le gouvernement ne pouvait pas étendre immédiatement l'allocation au conjoint à toutes les personnes seules dans le besoin et aux couples, le ministre pourrait tout au moins s'engager à étendre l'allocation au conjoint, dans un deuxième temps, pas trop lointain, aux célibataires séparés et divorcés, et, dans un troisième temps, aux couples dans le besoin. Je parle toujours des personnes dans le besoin.

Si je me rappelle bien, le Comité d'action sur le statut de la femme, représenté par M^{me} Dulude, et la plupart des autres groupes souhaitaient que le ministre s'engage dès maintenant à étendre l'allocation aux célibataires séparés et divorcés d'ici un an et aux couples d'ici deux ans.

The Chairman: Thank you, Mr. Malépart. The Chair might question the relevancy of your question to clause 2, but if the Minister wishes to respond, we certainly will entertain his response. Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): First of all, Mr. Chairman, clause 2 is a technical amendment to the French version of subsection 10(1.4) to include a reference which was inadvertently omitted when the OAS Act was last amended. What the relevance is I am not quite sure, but at least I got those words in. However, I want to answer the question.

M. Malépart: On dit:

L'article 2 de la même loi est modifié par adjonction...

On emploie les mots «veuf» et «veuve».

Je pense que c'est l'occasion rêvée pour le ministre de dire quand il pourra s'occuper des célibataires, des séparés et divorcés et des couples.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, the member's verbal dexterity is amazing and I appreciate that, but I want to say to him that the representations he has made—and I believe he has made them in good faith—others, as witnesses here, have also made members of my own Party have also indicated to me that, as resources become available, as the deficit is turned around, this is a consideration which should be given. I can only say to him that the representation he has made here in committee is one I have heard, and the government will take a look at the circumstances as they develop.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. The Chair might just observe... as I have indicated before, it is always helpful to have an alert clerk at the table with us. I think in fairness, Mr. Malépart's observations were based not on clause 2, but on proposed subsection 1.(2). The Minister has answered your question nonetheless, but all members should... It is confusing

[Translation]

Article 2

Le président: Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I would like to ask just one question to the Minister. Clause 5 was carried; my amendment was rejected while the other two were agreed to. Most members of the committee were present when we heard the witnesses. Most of the groups which appeared in front of the committee said that if the government could not immediately extend the spouse's allowance to all single people and couples in need, the Minister should at least commit himself to extend the spouse's allowance at a later date, in the not too distant future, to people who are single, separated, or divorced, and later on to needy couples. I am only talking about the needy.

If I recall correctly, the Action Committee on the Status of Women, through its representative, Mrs. Dulude, as well as most of the other groups asked that the Minister make the commitment to extend the spouse's allowance to single, separated and divorced people a year from now, and to couples in two years.

Le président: Merci, monsieur Malépart. La présidence pourrait mettre en doute la pertinence de votre question dans le contexte de l'article 2, mais si le ministre désire y répondre, nous sommes certainement disposés à l'entendre. Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Tout d'abord, monsieur le président, l'article 2 est un amendement d'ordre technique à la version française du paragraphe 10.1(4), afin d'y inclure une référence qui avait été omise par inadvertance lors des dernières modifications à la Loi sur la sécurité de la vieillesse. Quant à la pertinence de la question, je n'en suis pas sûr, mais au moins ça m'aura permis de dire cela. Toutefois, je voudrais y répondre.

Mr. Malépart: The amendment reads:

Section 2 of the said Act is further amended by adding...

The words, "widower" and "widow" are used.

I think this is a wonderful opportunity for the Minister to tell us when he intends to deal with single, separated and divorced persons and with couples.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, l'agilité verbale du député est impressionnante, mais je voudrais qu'il sache que ses observations—qu'il a faites de bonne foi, je n'en doute pas—ont également été faites par d'autres, par des témoins, ainsi que par des membres de mon propre parti, lesquels m'ont fait savoir que, lorsque les ressources seront disponibles, lorsque le déficit aura diminué, il faudra examiner cette possibilité. Tout ce que je peux lui dire pour le moment, c'est que j'ai pris note des observations qu'il a faites ici, et que le gouvernement examinera la question en temps opportun.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Le président désire faire remarquer... comme je l'ai dit tout à l'heure, il est toujours bon d'avoir un greffier vigilant. Je crois que les observations de M. Malépart avaient trait non pas à l'article 2, mais au paragraphe 1.(2). Le ministre vous a néanmoins

[Texte]

for a while, it seems, between the clauses and the parts of clauses and so on.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, the reason I did not reply is that I thought clause 1 had passed and I did not want to go back to proposed section 2.

The Chairman: Exactly, it has.

Clauses 2 to 4 inclusive agreed to

Clauses 6 to 10 inclusive agreed to

• 1640

The Chairman: Shall the title carry? Mr. Malépart.

M. Malépart: Monsieur le président, je pense que nous sommes passés rapidement sur l'article 11 et que le ministre avait soumis un document proposant un amendement. Si on a des informations à demander au ministre, il vaudrait mieux le faire ici plutôt qu'à la Chambre, si les membres du Comité sont d'accord.

The Chairman: Mr. Malépart, I appreciate your intervention. I accept that and I apologize for rushing the committee along.

Mr. Minister, did you wish to speak to clause 11?

Mr. Epp (Provencher): Yes, Mr. Chairman. As indicated on clause 1 as well as on clause 11, we intend to move this at report stage. It has been circulated, and possibly to spare the time of the committee, if you want to receive it as information, it has been given in printed form.

M. Malépart: Le ministre pourrait-il donner, monsieur le président, des précisions sur les avantages des modifications apportées?

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Epp (Provencher): I believe, Mr. Chairman, that the clause will allow couples to qualify for the benefits under this act, between now and Royal Assent, and the bill, we hope, will then become effective on September 1, with the technical... that nobody falls between the cracks, so to speak.

Clause 11 agreed to

The Chairman: If the Chair is not mistaken, the next question for the committee is: Shall the title carry? Mr. Malépart.

M. Malépart: Monsieur le président, je suis obligé de dire que j'accepte le projet de loi, mais je dois faire inscrire que moi-même et mon parti aurions souhaité—et je suis persuadé que certains députés conservateurs de même que le ministre en souhaitaient autant—que ce projet de loi réponde aux besoins de l'ensemble des citoyens dans le besoin, nos personnes âgées. J'ai été, peut-être, un peu bruyant et je tiens à m'excuser auprès des personnes que j'ai pu offenser. Mais c'est mon style quand je travaille. À 12 ans, je faisais la grève des enfants de choeur! J'ai 46 ans, il ne fallait pas y aller avec le dos de la cuillère pour réussir à avancer. Donc, monsieur le président, j'ose espérer que ce débat qui n'est pas encore terminé,

[Traduction]

répondu, mais tous les membres devraient... il est assez facile de confondre les articles avec les paragraphes.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, si je n'ai pas répondu, c'est que je croyais l'article 1 adopté, et je ne voulais pas revenir sur l'article 2.

Le président: C'est exact, il a été adopté.

Les articles 2 à 4 sont adoptés

Les articles 6 à 10 sont adoptés

Le président: Le titre est-il adopté? Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I think that we quickly went over Clause 11 and that the Minister had tabled a document proposing an amendment. If the members agree, I think it would be preferable to ask any question of the Minister now, rather than to do it in the House.

Le président: Monsieur Malépart, je vous remercie de votre intervention. Vous avez raison, et je prie le Comité d'excuser ma trop grande hâte.

Monsieur le ministre, aviez-vous des observations à faire à propos de l'article 11?

M. Epp (Provencher): Oui, monsieur le président. Comme pour l'article 1, nous avons l'intention de proposer l'amendement à l'article 11 au moment du rapport. Nous avons fait circuler le texte à titre de renseignement, pour faire gagner du temps au Comité.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, could the Minister tell us what are the benefits of these amendments?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Epp (Provencher): Je crois, monsieur le président, que cet article permettrait aux couples de bénéficier des allocations prévues par la Loi dès maintenant, sans attendre la sanction royale; et nous espérons que le projet de Loi entrera en vigueur le premier septembre 1985, avec les aspects techniques... ainsi, personne ne serait laissé pour compte.

L'article 11 est adopté

Le président: Sauf erreur, nous passons maintenant au titre. Le titre est-il adopté. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Mr. Chairman, I must now say that this bill has my approval, but I want to say for the record that I, as well as my party, would have hoped—and I am sure that some Conservative members, and the Minister himself would have hoped the same—that the bill address the needs of all the elderly. I may have been noisy at times and I would like to apologize to those I might have offended. But this is how I work. As a twelve-year-old altar boy, I went on strike! I am now 46, and I have had to fight to make it. So I hope, Mr. Chairman, that this debate which is not finished yet, since we must go through another stage, will bring the government to reflect and to act in order to help the elderly. But I would like

[Text]

puisqu'il nous reste encore une certaine étape, amènera le gouvernement à réfléchir et à progresser pour aider les personnes âgées. Mais je tiens à féliciter le ministre, tous les membres et vous, monsieur le président, pour avoir si bien conduit cette séance.

The Chairman: Mr. Malépart, I could never say that you have been noisy here in committee; you may be noisy in the House occasionally but never in the committee.

Title agreed to

The Chairman: Shall I report the bill to the House?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Ladies and gentlemen, I wish to thank all members of the committee, and to thank the Minister for the co-operation we have had today. I will check with the clerk, but I would judge that we now relieve ourselves of the need for a meeting this evening.

It is confirmed that we will not require the meeting that was scheduled for tonight. That was only in the event that this discussion was not completed today. Having agreed that we shall report the bill without amendment, it is now the duty of the Chair to adjourn this meeting to the call of the Chair.

[Translation]

to congratulate the Minister, the members, and the chair, for this productive meeting.

Le président: Monsieur Malépart, vous n'avez jamais été bruyant ici; à la Chambre, peut-être, à l'occasion, mais jamais au Comité.

Le titre est adopté

Le président: Puis-je faire rapport du Bill à la Chambre?

Des voix: D'accord.

Le président: Mesdames et messieurs, je remercie tous les membres du Comité, et le ministre, de leur collaboration. Je vais vérifier auprès du greffier, mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire de nous réunir à nouveau ce soir.

La réunion de ce soir peut effectivement être annulée. Elle n'avait été prévue que pour le cas où la discussion se prolongerait. Ayant convenu que nous ferons rapport du Bill sans amendement, le président lève la séance jusqu'à nouvel avis.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 21

Tuesday, October 8, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 21

Le mardi 8 octobre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984

INCLUDING:

The FOURTH REPORT to the House

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984

Y COMPRIS:

Le QUATRIÈME RAPPORT à la Chambre



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Léo Duguay
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barbara Sparrow
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

Pursuant to S.O. 70(6)(b)

On Thursday, September 5, 1985:

Sheila Copps replaced Sheila Finestone.

On Tuesday, September 10, 1985:

Jean-Luc Joncas replaced Gilbert Chartrand;
Barbara Sparrow replaced Joe Reid;
Barry Turner replaced Moe Mantha;
Anne Blouin replaced Suzanne Duplessis;
Bob Brisco replaced George Minaker;
Charles Hamelin replaced John Reimer;
James McGrath replaced Bill Domm;
Joe Reid replaced Benno Friesen;
Alan Redway replaced Joe Price.

Conformément à l'article 70(6)b)

Le jeudi 5 septembre 1985:

Sheila Copps remplace Sheila Finestone.

Le mardi 10 septembre 1985:

Jean-Luc Joncas remplace Gilbert Chartrand;
Barbara Sparrow remplace Joe Reid;
Barry Turner remplace Moe Mantha;
Anne Blouin remplace Suzanne Duplessis;
Bob Brisco remplace George Minaker;
Charles Hamelin remplace John Reimer;
James McGrath remplace Bill Domm;
Joe Reid remplace Benno Friesen;
Alan Redway remplace Joe Price.

ORDER OF REFERENCE

Pursuant to Standing Order 47(4), the following paper was deemed referred to the Committee:

Monday, April 22, 1985

—Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984, pursuant to section 13 of the Department of National Health and Welfare Act, Chapter N-9, R.S.C., 1970—Sessional Paper No. 331-1/18.

ORDRE DE RENVOI

Conformément aux dispositions de l'article 47(4) du Règlement, le document suivant était réputé déferé au Comité:

Lundi, le 22 avril 1985

—Rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984, conformément à l'article 13 de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, chapitre N-9, S.R.C., 1970—Document parlementaire n° 331-1/18.

REPORT TO THE HOUSE

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs has the honour to present its

FOURTH REPORT

In relation to its Order of Reference concerning the Annual Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 and the Report of the Medical Research Council for the fiscal year ended March 31, 1985, your Committee recommends that it be empowered to travel to Winnipeg, Manitoba, in order to attend the 25th Anniversary of the Medical Research Council of Canada on Thursday, October 24, Friday, October 25 and Saturday, October 26, 1985.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 21*) is tabled.

Respectfully submitted,

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le Comité permanent de la Santé, du bien-être et des affaires sociales a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Relativement à ses Ordres de renvoi concernant le Rapport du ministère de la Santé nationale et du bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984 et le Rapport du Conseil de recherches médicales, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985, votre Comité recommande qu'il soit autorisé à se déplacer à Winnipeg au Manitoba pour assister au vingt-cinquième anniversaire du Conseil de recherches médicales du Canada, les jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 octobre 1985.

Un exemplaire des procès-verbaux et témoignages s'y rapportant (*fascicule n° 21*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

BRUCE HALLIDAY,

Chairman.

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 8, 1985
(26)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:46 o'clock a.m., this day, the Vice-Chairman, Charles-Eugène Marin, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Douglas Frith, Jean-Luc Joncas, Charles-Eugène Marin, Brian White.

Alternates present: Bill Lesick, Gus Mitges, David Orlikow, Alan Redway, Joe Reid.

The Committee proceeded to the consideration of the Annual Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984, pursuant to Section 13 of the Department of National Health and Welfare Act, Chapter N-9, R.S.C. 1970.—Sessional Paper No. 331-1/18 (*Deemed referred on Monday, April 22, 1985, under Standing Order 47(4)*).

The Chairman presented the Ninth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure, which is as follows:

The Sub-Committee on Agenda and Procedure met on Wednesday, September 18, 1985 and on Thursday, October 3, 1985 and agreed in sum to make the following recommendations:

That the Committee accept the invitation of the Medical Research Council of Canada to attend their 25th Anniversary in Winnipeg, Manitoba on Thursday, October 24, Friday, October 25 and Saturday, October 26, 1985 and that interested Members of the Committee be authorized to go.

On motion of Alan Redway, seconded by Doug Frith, it was agreed,—That the Ninth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

Brian White moved,—That this Committee report to the House seeking authority to travel to Winnipeg, Manitoba on October 24, 25 and 26 1985 to attend the 25th Anniversary of the Medical Research Council of Canada in relation to its Order of Reference dated Monday, April 22, 1985 and that the necessary staff do accompany the Committee.

Alan Redway moved,—That the motion be amended by striking out the words "and that the necessary staff do accompany the Committee."

After debate thereon, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Doug Frith moved,—That the motion be amended by adding after the word "That", the words "two or three members".

After debate, the motion was, by unanimous consent, withdrawn.

The motion, as amended, was adopted.

ORDERED,—That the Chairman report to the House.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 8 OCTOBRE 1985
(26)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 46, sous la présidence de Charles-Eugène Marin, (*vice-président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Douglas Frith, Jean-Luc Joncas, Charles-Eugène Marin, Brian White.

Substituts présents: Bill Lesick, Gus Mitges, David Orlikow, Alan Redway, Joe Reid.

Le Comité procède à l'étude du rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1984, conformément à l'article 13 de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, chapitre N-9, S.R.C. de 1970.—Document parlementaire n° 331-1/18 (*tenu pour déferé le lundi 22 avril 1985 aux termes de l'article 47(4) du Règlement*).

Le président présente le Neuvième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure libellé en ces termes:

Le Sous-comité du programme et de la procédure se réunit le mercredi 18 septembre 1985 et le jeudi 3 octobre 1985, et il convient en somme de faire la recommandation suivante:

Que le Comité accepte l'invitation que lui a faite le Conseil de recherches médicales du Canada à participer aux célébrations qui marqueront son 25^e anniversaire à Winnipeg, au Manitoba, les jeudi 24 octobre, vendredi 25 octobre et samedi 26 octobre 1985, et que les membres du Comité désireux de s'y rendre y soient autorisés.

Sur motion d'Alan Redway, appuyé par Doug Frith, *il est convenu*,—Que le Neuvième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

Brian White propose,—Que le Comité demande à la Chambre l'autorisation de se rendre à Winnipeg, au Manitoba, les 24, 25 et 26 octobre 1985 pour participer aux célébrations qui marqueront le 25^e anniversaire du Conseil de recherches médicales du Canada, dans la perspective de son ordre de renvoi du lundi 22 avril 1985, et de se faire accompagner du personnel nécessaire.

Alan Redway propose,—Que la motion soit modifiée en éliminant les mots «et de se faire accompagner du personnel nécessaire».

Après débat, l'amendement proposé est mis aux voix et adopté.

Doug Frith propose,—Que la motion soit modifiée en ajoutant à la suite du mot «accompagner», les mots «de deux ou trois membres».

Après débat, la motion est retirée par consentement unanime.

La motion, sous sa forme modifiée, est adoptée.

IL EST ORDONNÉ,—Que le président fasse rapport à la Chambre.

Alan Redway moved,—That the Minister of National Health and Welfare and/or the Deputy Minister along with officials of the Department of National Health and Welfare be invited to appear before the Committee to advise the Committee on the research being done on Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS).

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

On motion of Joe Reid, it was agreed,—That the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to make the necessary arrangements for the appearance of the Minister of National Health and Welfare and of officials from his Department to advise the Committee on the actions taken on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

At 10:18 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Alan Redway propose,—Que le ministre ou le sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ou les deux à la fois, ainsi que des hauts fonctionnaires dudit Ministère soient invités à comparaître devant le Comité pour le mettre au fait des recherches entreprises sur le syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA).

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Sur motion de Joe Reid, *il est convenu*,—Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit habilité à modifier la date de comparution du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de ses hauts fonctionnaires, convoqués en vue de mettre le Comité au fait des mesures prises en ce qui concerne le syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA).

A 10 h 18, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, October 8, 1985

• 0947

Le vice-président: À l'ordre!

Bonjour, mesdames et messieurs. Nous avons le quorum.

Nous avons à l'ordre du jour le début de l'étude de l'ordre de renvoi du Comité portant sur le rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984. Mais auparavant, nous devons adopter le Neuvième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Le Neuvième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure est adopté.

(Voir le procès-verbal de la réunion)

• 0950

Le vice-président: En ce qui concerne le vingt-cinquième anniversaire du Conseil de recherches médicales du Canada, il faut savoir qui est intéressé à y participer. Donc, que tous ceux qui sont intéressés à assister au vingt-cinquième anniversaire veuillent bien communiquer avec le greffier.

Mr. Mitges: I would like to ask who would be paying the expenses, the Medical Research Council or us?

Mr. Redway: There is a motion there, is there not? That would be the power to travel. But there is another motion here on the agenda. The first thing is to ask who would be interested and the second one is to have a motion for the power to travel.

Mr. Mitges: All right. I do not have it in front of me.

Mr. Redway: No, I do not, either. Who is interested, I guess, is the question.

The Vice-Chairman: So we need a motion for the power to travel.

Mr. White: I move, Mr. Chairman, that this committee have authority to travel to Winnipeg, Manitoba, on October 24, 25 and 26 to attend the twenty-fifth anniversary of the Medical Research Council of Canada in relation to its order of reference dated Monday, April 22, 1985, and that the necessary staff do accompany the committee.

The Vice-Chairman: Thank you.

Mr. Redway: I would be interested in knowing, Mr. Chairman, what necessary staff there might be in connection with those who wish to go to this particular convention. It would seem to me there might not be a need for staff, and perhaps that part of it should be deleted from the motion.

Mr. Frith: It makes sense, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: I would like the committee to comment about what Alan just said.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 8 octobre 1985

The Vice-Chairman: Order, please.

Good morning, ladies and gentlemen, we now have a quorum.

We will proceed to consider the Committee's order of reference pertaining to the annual report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984. First of all we should adopt the ninth report of the Subcommittee on Agenda and Procedure.

The ninth report of the Subcommittee on Agenda and Procedure is adopted.

(See minutes of the meeting)

The Vice-Chairman: I would like to know who would like to participate to the twenty-fifth anniversary of the Medical Research Council of Canada. All those interested please contact the clerk.

M. Mitges: J'aimerais savoir qui paiera les dépenses, le Conseil de recherches médicales ou nous?

M. Redway: Il y a une motion à cet effet, n'est-ce pas? Il s'agit de la motion présentée sous le titre pouvoir de voyager. Il faut d'abord demander qui est intéressé à s'y rendre et deuxièmement présenter une motion pour obtenir l'autorisation de voyager.

M. Mitges: Très bien. Je n'ai pas ce texte devant moi.

M. Redway: Je ne l'ai pas non plus. La question est de savoir, je crois, qui est intéressé.

Le vice-président: Il nous faut donc une motion pour obtenir l'autorisation de voyager.

M. White: Je propose, monsieur le président, que le Comité soit autorisé à se rendre à Winnipeg au Manitoba, les 24, 25 et 26 octobre 1985, afin d'assister au 25^e anniversaire du Conseil de recherches médicales du Canada, dans le cadre de son ordre de renvoi en date du lundi, 22 avril 1985, et que le personnel nécessaire l'accompagne.

Le vice-président: Merci.

M. Redway: J'aimerais savoir, monsieur le président, quel personnel serait nécessaire pour accompagner ceux qui veulent se rendre à cette convention. J'ai l'impression qu'il ne sera pas nécessaire d'avoir du personnel, il faudrait peut-être supprimer cette phrase.

M. Frith: C'est logique, monsieur le président.

Le vice-président: J'aimerais que les membres du Comité nous disent ce qu'ils pensent de la suggestion d'Alan.

[Text]

Mr. Lesick: Mr. Chairman, what would our duties be there? What would we be expected to do at this conference?

The Vice-Chairman: We have no formal meeting; it is just to accept the invitation to be at the twenty-fifth anniversary.

Mr. Lesick: It is just to attend and to observe, but not to participate.

The Vice-Chairman: To meet with somebody, to participate.

Mr. Lesick: Not to participate.

The Vice-Chairman: Yes.

Mr. Lesick: In what way?

The Vice-Chairman: I think we have been invited as members interested in this anniversary. The council needs money, and I think this may be a part of our being there.

• 0955

Mr. Redway: It is a lobbying effort on their part.

The Vice-Chairman: Yes, I think so. I think it is a bit of PR.

Mr. Frith: Mr. Chairman, I can just say that from my experience with the Medical Research Council, not only with this government but with the previous one, there is a lack of understanding on the part of a lot of Members of Parliament about exactly what the role and functions of the Medical Research Council entail. I know that has worked to the detriment of the work of the council in previous years in which they have had cut-backs in some of their baseline funding. I remember Monique Bégin and the present Health Minister having to bring in additional requests to the Treasury Board to get their spending levels up to the appropriate levels or percentages.

I think it is just as important that two or three members of this committee be there in attendance on the twenty-fifth anniversary and take part in some of the day-long discussions. If you look at the program, if the members who were to attend in Winnipeg took in the Saturday, I suppose the special subcommittees that are meeting, it is an excellent program.

You will come away with a much better understanding of the needs of the Medical Research Council, and the next time that matter comes before the committee, if there seems to be a cut-down in the overall growth levels in it, then I think you could speak on behalf of the Medical Research Council. I know Dr. Pierre Bois would certainly welcome having members of this committee gain a better understanding of the work of the Medical Research Council.

Mr. Reid: I have something to raise, Mr. Chairman. I have some misgivings about the authorization of the total committee and staff, without enumerating what staff should attend in Winnipeg. I, too, looked at the agenda of the program. The Minister is making one speech, and I am not certain where else members of the committee will have an opportunity of

[Translation]

M. Lesick: Monsieur le président, quelles seront nos fonctions là-bas? Qu'attendra-t-on de nous?

Le vice-président: Il n'y a pas de réunion officielle prévue pour nous, il s'agit simplement d'accepter l'invitation d'assister au 25^e anniversaire.

M. Lesick: Il s'agit donc d'y aller en tant qu'observateurs et non pas de participants.

Le vice-président: Oui, pour rencontrer des gens, pour participer.

M. Lesick: Non pas participer.

Le vice-président: Si.

M. Lesick: De quelle façon?

Le vice-président: Nous avons été invités, je crois, en tant que députés qui seraient intéressés à participer à cet anniversaire. Le conseil a besoin d'argent et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles il souhaite notre présence.

M. Redway: Ces gens font un peu de lobbying.

Le vice-président: Oui, c'est ça, une manœuvre de relations publiques.

M. Frith: Monsieur le président, d'après ce que je sais du Conseil de recherches médicales, non seulement sous ce gouvernement, mais sous le précédent également, il y a beaucoup de députés fédéraux qui ne comprennent pas très bien quel est le rôle et quelles sont les fonctions du Conseil de recherches médicales. Je sais que par le passé, cela a entravé le travail du Conseil dont le budget de base a subi des coupures. Je me souviens que Monique Bégin et le ministre de la santé actuel ont dû présenter des demandes de fonds supplémentaires au Conseil du trésor pour permettre au Conseil de réajuster ses dépenses.

A mon sens, il est particulièrement important que deux ou trois membres de ce comité assistent à la journée du 25^e anniversaire et aux discussions qui auront lieu à cette occasion. Si vous regardez le programme, les députés qui devaient être présents à Winnipeg ont pris le samedi; je suppose que les sous-comités spéciaux se réunissent; c'est un excellent programme.

Vous en reviendrez avec une bien meilleure compréhension des besoins du Conseil de recherches médicales et, la prochaine fois qu'on en discutera en comité, si l'on tente de faire des coupures dans le budget du Conseil, vous pourrez probablement parler au nom du Conseil de recherches médicales. Le D^r Pierre Bois sera probablement enchanté d'aider les députés de ce comité à mieux comprendre les travaux du Conseil de recherches médicales.

M. Reid: Monsieur le président, j'ai une question à soulever. Sans vouloir la liste du personnel qui doit aller à Winnipeg, je m'interroge au sujet de cette autorisation globale pour l'ensemble du comité et du personnel. Moi aussi, j'ai lu l'ordre du jour. Le ministre a fait une intervention mais je ne sais pas si les membres du comité auront l'occasion de participer activement, à moins de s'imposer pendant les discussions.

[Texte]

participating to any degree unless they force themselves into some of the panel discussions.

The question was raised as to whether or not the staff should go, and if so, how many. I wonder if we should not be more prudent in authorizing a select number of the committee, such as the chairman and the officers of the committee, to attend and bring back the kind of report Mr. Frith speaks about. As one who has never been there before, I am not so certain I would not be spending more money than what I would bring back in beneficial effect. I just want some open discussion on this before we put the motion, particularly with respect to who should go.

Mr. Frith: Mr. Chairman, when we met at the steering committee, the recommendation was three, and there would be no staff involved. I do not see any reason why the staff of any member of our committee or the clerks' division has to go to the meeting. We felt—and I think it is correct—that the chairman of the committee and perhaps one or two others should go. Perhaps you want to discuss how many. I do not think the whole committee should go, but two or three should be in attendance. I would recommend that perhaps the motion should be amended to read simply that three members of the committee be empowered to travel.

Mr. Orlikow: Mr. Chairman, I would support Mr. Frith's suggestion. I do not see any purpose to having staff go. The federal government funds virtually all the medical research which is done, and almost every year we get complaints from medical researchers that we are simply not providing enough support for medical research as compared to other industrialized countries of the world. Then every once in awhile, every few years, they put on a special educational campaign, and governments have been persuaded to make a special one-time additional grant for medical research.

I think it would be very useful if a few members of the committee—I think we will not have difficulty in getting three members to attend—could attend and listen in on some of the discussions. I do not know that they would participate because I do not know if we have any members who are expert in the field. But if they were to listen to some of the debates, I think they would learn a good deal about what kind of research is being done, what the purposes are, what the needs are. That would help the committee when it discusses the proposals of the government for the expenditures and the feelings of the medical research community. So, I think it would be useful if a few members went and just had the opportunity to listen and to learn something of what is going on across the country.

• 1000

The Vice-Chairman: Thank you.

Mr. White.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman. If you would allow me, I could perhaps remove the words "and that the necessary staff do accompany the committee" and change my motion that way, but I would hate to see us restricted to a certain number. I think any member of the committee who would like to attend the anniversary should be able to attend.

[Traduction]

On s'est demandé si le personnel devait également y aller, et si oui, combien de personnes. Ne vaudrait-il pas mieux autoriser le déplacement d'un nombre restreint de membres du Comité, par exemple le président et les représentants officiels du Comité; ils pourraient assister à cette réunion pour nous faire ensuite un rapport, comme M. Frith l'a suggéré. Moi qui n'y suis jamais allé, je risque de dépenser plus d'argent que je n'en tirerais d'enseignement. J'aimerais que nous discussions un peu de la question de savoir qui doit assister à cette réunion avant de passer à la motion.

M. Frith: Monsieur le président, au comité directeur on avait recommandé d'envoyer trois personnes et aucun membre du personnel. Je ne vois pas à quoi il servirait d'emmener un membre de notre personnel ou de la division des greffiers. Nous avons pensé, à juste titre, je pense, que le président du comité et peut-être une ou deux autres personnes devaient y aller. Le nombre exact, nous pouvons en discuter. Je ne suis pas d'accord pour que tout le comité y aille, mais deux ou trois personnes. Nous pourrions peut-être modifier la motion et dire simplement que trois membres du comité soient autorisés à voyager.

M. Orlikow: Monsieur le président, je suis d'accord avec M. Frith. Je ne vois pas pourquoi le personnel devrait y aller. Le gouvernement fédéral finance virtuellement toute la recherche médicale et presque chaque année, les chercheurs médicaux se plaignent du manque d'argent si l'on compare la situation du Canada à celle des autres pays industrialisés du monde. Ensuite, toutes les quelques années, ils lancent une campagne d'éducation et certains gouvernements se sont laissés persuader d'allouer des fonds supplémentaires à la recherche.

A mon avis, il serait très utile d'envoyer quelques personnes—nous n'aurons aucun mal à obtenir trois volontaires—qui iront écouter les discussions. Je ne sais pas s'ils participeront parce qu'il n'y a peut-être pas parmi nous d'experts en la matière. Mais ils pourraient écouter les discussions et, je crois, apprendre beaucoup sur la recherche qui se fait actuellement, ses objectifs, les besoins. Cela aiderait beaucoup le Comité au moment de discuter des propositions de dépenses du gouvernement et de la position des chercheurs médicaux. Il serait donc très utile d'envoyer quelques députés assister à cette réunion, simplement pour écouter et apprendre ce qui se fait dans tout le pays.

Le vice-président: Merci.

Monsieur White.

M. White: Merci, monsieur le président. Si vous le voulez, je puis supprimer les mots «et que le personnel nécessaire l'accompagne» et modifier ma motion, mais je ne voudrais pas que nous limitions le nombre des députés. Je pense que tous ceux qui souhaitent aller à la réunion anniversaire doivent pouvoir le faire.

[Text]

The Vice-Chairman: We have two subamendments now. The first one was by Mr. Redway, and the second one by Mr. Frith. Why not vote on the first one now, which is that we eliminate the necessary staff. Is it agreed?

Subamendment agreed to

The Vice-Chairman: Why do we not go to the second subamendment next.

Mr. Frith: I withdraw my motion.

Motion on subamendment withdrawn

The Vice-Chairman: Thank you. Item 4. Shall I report to the House as amended?

Some hon. members: Agreed.

The Vice-Chairman: We will distribute to each of you a copy of the letter from Mr. Frith. This letter was sent to the Chairman October 3.

Mr. Frith: Thank you, Mr. Chairman. The letter itself is self-explanatory, I believe. I first of all raised it at the steering committee last week, and then it was suggested that I write the chairman of the committee who, in turn, would put a request through to the government House Leader. It is my understanding that, since we have yet to adopt all the rules of the McGrath committee, it is necessary that the Health Minister also be involved in this decision-making process. In other words, a motion should go from this committee to the Minister of National Health and Welfare, indicating to him that we feel a priority issue for the fall and winter session of this committee should be the suggestion that I have made.

I think we need some discussion on it, but I would implore you to consider the gravity of the situation, in addition to the fact that there is a lot of misinformation out among the public. I have talked to physicians in my hometown. I have had calls from doctors across the country. They have indicated to me that they are spending hours upon hours trying to convince families of the needs for blood transfusions; that families are refusing to trust the medical doctors' judgments; that they have brought into question the ability of the Canadian Red Cross Society to guarantee that the use of blood transfusions are safe from AIDS; that the chairman of our committee has had discussions with physicians in Montreal. I am told of para-professional workers refusing to do mouth-to-mouth or CPR on cardiac patients.

• 1005

But the point I am making is that it seems to me a priority for this committee, if we are looking at the import of a Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs, should be to investigate items and issues of the day that we feel are of very great importance to the Canadian public. Given the amount of attention that has been placed on AIDS and given the amount of misinformation that exists in the minds of the Canadian public, I think it is imperative that this committee quickly assemble the needed medical expertise to come before the committee. In our doing so, the media would have the opportunity to disseminate the information that would be given

[Translation]

Le vice-président: Nous avons maintenant deux sous-amendements. Le premier, de M. Redway et le second, de M. Frith. Commençons donc par voter sur le premier, qui élimine le personnel nécessaire. D'accord?

Le sous-amendement est adopté

Le vice-président: Passons maintenant au second sous-amendement.

M. Frith: Je retire ma motion.

La motion sur le sous-amendement est retirée.

Le vice-président: Merci. Point 4. Dois-je envoyer le rapport à la Chambre tel que modifié?

Des voix: D'accord.

Le vice-président: Nous allons vous distribuer à tous une copie de la lettre de M. Frith. Cette lettre a été envoyée au président le 3 octobre.

M. Frith: Merci, monsieur le président. J'en ai parlé pour la première fois au Comité directeur la semaine dernière et, à ce moment-là, on m'a suggéré d'écrire au président du Comité qui, de son côté, pourrait présenter une demande par l'entremise du leader de la majorité à la Chambre. Puisque nous n'avons pas encore adopté toutes les règles du comité McGrath, je crois que le ministre de la Santé doit participer à cette décision. Autrement dit, ce comité doit formuler une motion à l'intention du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, précisant que cette suggestion que j'ai faite est considérée par le Comité comme une priorité pour la session d'automne et d'hiver de ce comité.

Je pense qu'il faudra en discuter, mais je vous prie instamment de penser à la gravité de la situation, sans compter que le public est très mal informé. J'ai parlé avec des médecins dans ma propre ville, j'ai reçu des coups de téléphone de médecins dans tout le pays, ils m'ont dit qu'ils passaient des heures et des heures à essayer de convaincre les familles d'accepter des transfusions de sang. Les familles refusent de faire confiance aux médecins et refusent de croire que la Croix-rouge canadienne peut vraiment garantir qu'une transfusion de sang ne présente pas de risque de SIDA. Ils me demandent enfin de prier le président de notre Comité de discuter de la situation avec des médecins de Montréal. On me dit que des para-professionnels de la santé refusent de faire du bouche-à-bouche ou de la ranimation cardiopulmonaire sur les patients cardiaques.

Bref, à mon sens, c'est une priorité pour ce comité, car la raison d'être d'un comité permanent de la santé nationale et du bien-être social devrait être d'étudier les questions et les problèmes actuels qui ont une grande importance pour le public canadien. Étant donné la publicité qu'on a faite au SIDA et l'image fausse que s'en fait souvent le public canadien, ce Comité doit absolument convoquer le plus rapidement possible des experts en la matière. À cette occasion, les médias pourront répandre les informations que nous aurons recueillies pendant ces séances de comité, jeter une lumière nouvelle sur

[Texte]

at these kinds of committees, and hopefully, in that manner we could come to aid in the discussion of the problem of AIDS and perhaps put to rest some of the fears the Canadian public have, rightly or wrongly.

I am not suggesting by any stretch of the imagination that I have all the information to deal effectively with the issue of AIDS, but it seems to me this committee could perhaps in a number of ways aid in that discussion process. I point to the fact that in other jurisdictions in the United States, they have gone a long way towards putting a certain percentage of their Gross National Product into the medical research for a cure for AIDS. I do not know if the Canadian medical community lags behind in that respect or if we are ahead of the United States. Perhaps what we should be doing is finding out if there is something more we can be doing here in Canada, perhaps dovetailing with some of the medical research that takes place in the United States. There is a tremendous co-operation between the Food and Drug Administration in the United States and our Health Protection Branch here in Canada. I think perhaps the Medical Research Council of Canada could be asked to come here as witnesses.

I am also aware of some of the educational programs that have been instituted in the United States, both at the state level of jurisdiction and at the federal level. I have also indicated, Mr. Chairman, that a report is forthcoming from the Library of Parliament on this. I have asked the Library of Parliament to compare research activities that are taking place in jurisdictions other than the United States in addition to what I have outlined here this morning to you.

But certainly, if we were to do this and undertake as a priority a discussion of the whole issue of AIDS, then I think we would be doing a public service. I would highly recommend to my colleagues on this committee that you agree with the request I have made to the committee chairman, and we could get on with the job of studying this very important subject-matter to the Canadian public.

Le vice-président: Madame Bertrand.

Mme Bertrand: Je dois dire que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est non seulement au fait, mais aussi très actif dans la surveillance et l'étude de ce qui se fait à d'autres niveaux dans la recherche sur le SIDA. Il y a un comité national consultatif qui existe et qui travaille en étroite collaboration avec les agents du ministère. Nous avons beaucoup d'information à notre disposition, et nous essayons de nous tenir à jour. En fait, nous avons hâte que le public soit mieux renseigné. C'est déjà au programme du comité du caucus sur la santé. Nous avons commencé à en discuter et nous espérons que cela viendra le plus tôt possible au Comité permanent. Nous sommes prêts, et je pense que tous mes collègues sont d'accord que le public a le droit de connaître ce que le ministère et le gouvernement font actuellement dans ce domaine.

Le vice-président: Merci.

Mr. Redway: Mr. Chairman, I am just wondering what Mr. Frith had in mind when he said to give it a priority. I gather he has in mind getting a report from the Medical Research

[Traduction]

le problème du SIDA et, peut-être, rassurer quelque peu le public, que ces craintes soient fondées ou non.

Je suis loin de prétendre que je dispose de toutes les informations nécessaires pour résoudre le problème du SIDA, mais il me semble que ce Comité pourrait contribuer utilement à la discussion. Je signale à ce sujet qu'aux États-Unis, on a beaucoup fait et qu'un certain pourcentage du produit national brut réservé à la recherche médicale a été mis à part pour la recherche sur le SIDA. Dans ce domaine, je ne sais pas si la recherche médicale canadienne est à la traîne des États-Unis ou si elle est en avance. En tout cas, nous pouvons déterminer si nous pouvons faire quelque chose de plus au Canada, peut-être grâce à une concertation des efforts de recherche dans nos deux pays. Il y a beaucoup de collaboration entre la *Food and Drug Administration* des États-Unis et notre direction générale de protection de la santé. D'autre part, nous pourrions inviter le Conseil de recherches médicales à venir témoigner.

Je sais que des programmes éducatifs sont en place aux États-Unis, des programmes fédéraux et des programmes au niveau des États. J'ai signalé également, monsieur le président, que la Bibliothèque du Parlement devait bientôt soumettre un rapport à ce sujet. J'ai demandé à la Bibliothèque du Parlement de comparer les activités de recherche dans différents pays du monde, autres que les États-Unis.

En tout cas, si nous donnons vraiment la priorité à la discussion sur tout ce problème du SIDA, nous agissons certainement dans l'intérêt du public. Je prie instamment mes collègues d'accéder à la requête que j'ai présentée au président du Comité, car cela nous permettra de nous mettre à l'étude de ce problème particulièrement important pour le public canadien.

The Vice-Chairman: Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: I can only say that the Minister for National Health and Welfare is not only well aware of the problem, but is also following closely whatever work is being done on AIDS at other levels. There is a national advisory committee and it is working very closely with people from the department. A great deal of information is available to us and we try to stay up to date. In fact, we would very much like to see the public better informed. It is already the subject of a program of the caucus committee on health. We have already discussed the matter and we hope it will be in the hands of the standing committee as soon as possible. We are ready, and I believe that all my friends here agree that the public should be aware of what the department and the government are doing in this field.

The Vice-Chairman: Thank you.

M. Redway: Monsieur le président, j'aimerais savoir ce que M. Frith voulait dire quand il a parlé de priorité. J'imagine qu'il envisageait d'obtenir un rapport du Conseil de recherches

[Text]

Council and perhaps tabling the report from the Library of Parliament researchers that he has requested, but I am not quite sure whether or not there is anything else entailed in giving this a priority, whether or not there are other witnesses to be called or whatever.

I think it is an important matter and I think there is a great deal of concern in the public about this, as well as misinformation or lack of information. I might suggest we invite the Minister or deputy minister to come here and outline for the committee, to start off with, what the department is doing and what the department knows about it. Then perhaps we could judge from there what, if anything else, we wanted to do ourselves about calling other witnesses or doing other investigation.

• 1010

The Vice-Chairman: Mr. Orlikow.

Mr. Orlikow: Thank you. From what I can gather, the medical researchers and people involved in public health and other aspects of the field have a great deal of knowledge, and there seems to be a feeling amongst the people who are most knowledgeable that there is a great deal of fear, misunderstanding and misapprehension amongst the public. One reads reports that schools have difficulties if there is a student who is suspected of having AIDS. They have difficulties in getting other students to attend and difficulty in having health workers deal with people suspected of having AIDS.

So if the committee were to hold some hearings to hear from the deputy minister and the others who are the most knowledgeable at the beginning, and if the meeting and subsequent meetings could get some coverage by the media, I think this might help get a better understanding on the part of the public, which is in many places very concerned about and fearful of the situation. So I think that having some meetings is a very good idea, and after the first few, we can then assess the situation and decide what more could be done or should be done.

Le vice-président: Merci.

J'aimerais faire un résumé de la discussion de l'autre jour et dire pourquoi le sujet intéresse, à toutes fins utiles, tous les membres du Comité.

Ce problème du SIDA est un problème réel, très grave, dont on ne perçoit à l'heure actuelle qu'une très petite pointe. Malheureusement, les journaux à sensation ont exagéré certains renseignements erronés. Au début, il n'était question que des Noirs, des homosexuels, enfin de classes très précises. Rapidement, on a constaté que la maladie dépasserait rapidement ces classes.

Par la suite, tout le monde a eu peur. On a eu peur de manger avec la même cuiller, on a eu peur de manger à la même table, on a eu peur d'aller à la même toilette. Tout ceci n'est absolument pas justifié.

Si cela m'intéresse, comme bien d'autres, c'est que ce Comité-ci pourrait prendre l'initiative de rassembler, non pas des faits scientifiques très précis, mais des renseignements qui

[Translation]

médicales et peut-être de déposer le rapport qu'il a commandé aux documentalistes de la Bibliothèque parlementaire. Cela dit, je ne sais pas si cette priorité signifierait autre chose, s'il y aurait d'autres témoins à convoquer.

C'est un sujet important qui inquiète énormément le public et sur lequel on est très mal informé. On peut inviter le ministre ou le sous-ministre à venir nous donner une idée des activités et des connaissances du ministère à ce sujet. Après, nous serons peut-être mieux à même de savoir ce que nous voulons faire nous-mêmes, soit convoquer d'autres témoins, soit effectuer d'autres études.

Le vice-président: Monsieur Orlikow.

M. Orlikow: Merci. À ma connaissance, les chercheurs médicaux et les spécialistes de la santé et d'autres questions connexes disposent de connaissances très vastes et à leur avis, le public est en proie à la peur, aux malentendus et aux notions fausses à ce sujet. Ainsi par exemple, on lit des dépêches d'après lesquelles des écoles connaissent des difficultés si l'un de leurs élèves est soupçonné de souffrir du SIDA. Elles ont du mal à convaincre les autres élèves d'aller à l'école et aussi du mal à obtenir des services médicaux pour les personnes soupçonnées d'avoir contracté cette maladie.

En conséquence, je crois que le fait de tenir des audiences où témoigneraient le sous-ministre et les spécialistes les plus éclairés sur cette question, et auxquelles assisteraient les représentants des médias, permettrait peut-être au public de se faire une meilleure idée de la situation, étant donné que bon nombre de gens sont très inquiets. La tenue de certaines réunions là-dessus me paraît donc une excellente idée, après quoi nous pourrions juger s'il est nécessaire d'en tenir d'autres compte tenu de ce que nous aurons appris de la situation.

The Vice-Chairman: Thank you.

I would now like to summarize for you the discussion we had the other day, and say why the subject is of interest to every member of the committee.

The problem of AIDS is quite real and very serious, and at the moment we only see the tip of the iceberg. Unfortunately, a certain sensationalistic press has played up some erroneous information. At the beginning, only Blacks, homosexuals, the people from very specific groups were mentioned. Rapidly though, it was discovered that the disease would not confine itself to these narrow categories.

Following that, everyone became frightened. People were afraid to share the same spoon, to eat at the same table and even to share the same bathroom. Now, all this is without any justification.

If this question interests me, like it does many others, it is because this committee could take the initiative to assemble, not necessarily hard scientific data, but rather information

[Texte]

pourraient être transmis au public, et ensuite voir à ce que certaines recommandations soient faites afin que ces renseignements descendent le long de la ligne, peut-être même jusque dans les écoles.

Tout ceci peut et doit se faire en respectant certaines règles. Le troisième rapport de M. McGrath n'étant pas accepté, nous devons nous servir des anciennes formules pour demander à la Chambre d'intervenir. Si nous acceptons d'étudier le sujet, comment devons-nous procéder pour arriver à nos fins? C'est le sujet de la discussion de ce matin. Est-ce que l'on fait une motion? Est-ce que l'on va à la Chambre? Est-ce que l'on va au ministre?

Mme Bertrand: Monsieur le président, que mon collègue fasse une motion de sa suggestion de tout à l'heure.

• 1015

Dans un premier temps, on pourrait rencontrer les fonctionnaires du ministère pour qu'ils puissent nous renseigner sur ce qui se fait actuellement. Ensuite, on pourrait faire venir des experts pour élaborer plus en détail sur le champ d'action de tous les spécialistes, de tous les organismes qui s'intéressent à ce problème.

Mr. Redway: Mr. Chairman, I move that the committee invite the deputy minister, together with whatever necessary staff he might deem appropriate, to come and advise us on what the department's position is with respect to AIDS and the research into the AIDS problem at the present time.

Le vice-président: Voulez-vous qu'on s'occupe ce matin des modalités? Est-ce un ordre de renvoi? Est-ce une simple invitation? Nous sommes autorisés à inviter qui nous voulons. Comment allons-nous procéder à partir de maintenant en ce qui concerne les détails techniques? Voulez-vous qu'on y revienne lors d'une deuxième rencontre?

Motion agreed to

The Vice-Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid: Mr. Chairman, my own personal reaction would be, recognizing the seriousness of the item itself, that the course of action as proposed is the correct one. I think it is appropriate that the steering committee or the Chair now react to a resolution of this committee, inviting the deputy minister or some appropriate authority on the matter to appear before us at the earliest opportunity. The steering committee can arrange that meeting date. From that point on, we will discuss the social implications and the matter itself, but not today.

The Vice-Chairman: Okay. Thank you. Does anybody want to speak on this subject?

La séance est levée.

[Traduction]

that could be passed along to the public, and also see to it that certain recommendations be made, so that this information be spread, perhaps even right into the schools.

All this can and must be done according to certain rules. Since Mr. McGrath's third report was not accepted, we will have to use the old procedures and ask the House to be able to act. If we accept to study this question, how should we proceed to reach our goal? This is what this morning's meeting is about. Are we going to present a motion? Are we going to ask the House? The Minister?

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, let my colleague make a motion of his suggestion of a few minutes ago.

We could start by meeting with the officials of the department, to get information from them as to what is being done at the moment. After that, we could invite some expert witnesses to come and elaborate about the work being done in all those specialists' fields, and about all the organizations which are interested in this problem.

M. Redway: Monsieur le président, je propose que le Comité invite le sous-ministre ainsi que tous les collaborateurs que ce dernier jugera nécessaires, à venir nous renseigner sur la position prise par le ministère au sujet du SIDA ainsi que sur les recherches effectuées à l'heure actuelle sur ce problème de santé.

The Vice-Chairman: Would you like us to deal with the modalities this morning? Is it through an order of reference? Is it a simple question of sending an invitation? We are authorized to invite whomever we choose to. How shall we proceed with those technical details from now on? Would you like us to come back to this at a second meeting?

La motion est adoptée.

Le vice-président: Monsieur Reid.

M. Reid: Monsieur le président, compte tenu de la gravité du problème en soi, j'estime qu'on a eu raison de proposer cette façon de procéder. Il me paraît approprié que ce soit le comité directeur ou le président qui donne son avis sur une résolution émanant de notre Comité, et dans laquelle on invite le sous-ministre ou un autre haut fonctionnaire versé dans cette matière à témoigner devant nous le plus tôt possible. Le comité directeur pourra d'ailleurs choisir la date. Une fois que cela sera fait, nous pourrions discuter de la question elle-même et de ses répercussions sociales, mais pas aujourd'hui.

Le vice-président: Bien. Je vous remercie. Quelqu'un d'autre désire-t-il prendre la parole à ce sujet?

The meeting is adjourned to the call of the Chair.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 22

Thursday, October 31, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 22

Le jeudi 31 octobre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

APPEARING:

The Honourable Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Jake Epp,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Léo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

Pursuant to S.O. 70(6)(b)

On Thursday, October 10, 1985:

Gerry Weiner replaced Jim Edwards;
Jim Edwards replaced Barbara Sparrow.

Conformément à l'article 70(6)b)

Le jeudi 10 octobre 1985:

Gerry Weiner remplace Jim Edwards;
Jim Edwards remplace Barbara Sparrow.



ORDER OF REFERENCE

Pursuant to Standing Order 47(4), the following paper was deemed referred to the Committee:

Tuesday, September 10, 1985

—Report of the Medical Research Council, together with the Auditor General's Report, for the fiscal year ended March 31, 1985, pursuant to section 17 of the Medical Research Council Act, Chapter M-9, R.S.C., 1970. Sessional Paper No. 331-1/299-A.

ORDRE DE RENVOI

Conformément aux dispositions de l'article 47(4) du Règlement, le document suivant était réputé déferé au Comité:

Le mardi 10 septembre 1985

—Rapport du Conseil de recherches médicales, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985, ainsi que le rapport du vérificateur général y afférent, conformément à l'article 17 de la Loi sur le Conseil de recherches médicales, chapitre M-9, S.R.C., 1970. Document parlementaire n° 331-1/299-A.

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 31, 1985
(27)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:11 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Jim Edwards, Douglas Frith, Bruce Halliday and Neil Young.

Alternates present: Charles Hamelin and Bill Lesick.

Appearing: The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. Alastair Clayton, Director General, Laboratory Centre for Disease Control. *From the Medical Research Council of Canada:* Dr. Pierre Bois, President.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Annual Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and proceeded to the consideration of the Report of the Medical Research Council, together with the Auditor General's Report, for the fiscal year ended March 31, 1985, pursuant to section 17 of the Medical Research Council Act, Chapter M-9, R.S.C. 1970.—Sessional Paper No. 331-1/299-A (*Deemed referred on Tuesday, September 10, 1985, under Standing Order 47(4)*).

The Minister made a statement and with Dr. Pierre Bois, answered questions.

Dr. Alastair Clayton made a presentation and with the other witnesses answered questions.

At 10:42 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 31 OCTOBRE 1985
(27)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 11, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Jim Edwards, Douglas Frith, Bruce Halliday, Neil Young.

Substituts présents: Charles Hamelin, Bill Lesick.

Comparaît: L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: D^r A.J. Liston, sous-ministre adjoint, direction générale de la protection de la santé; D^r Alastair Clayton, directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie. *Du Conseil de recherches médicales du Canada:* D^r Pierre Bois, président.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985 (*voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); il procède également à l'étude du rapport du Conseil de recherches médicales du Canada et du rapport du Vérificateur général pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, conformément à l'article 17 de la Loi sur le Conseil de recherches médicales, chapitre M-9, S.R.C., 1970.—Document parlementaire n° 331-1/299-A (*tenu pour déféré le mardi 10 septembre 1985 aux termes de l'article 47(4) du Règlement*).

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et le D^r Pierre Bois répondent aux questions.

Le D^r Alastair Clayton donne un exposé, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

A 10 h 42, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, October 31, 1985

• 0911

The Chairman: Ladies and gentlemen, I will call to order this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare, and Social Affairs. We are resuming reference today to the Annual Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1984, and also on the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985.

It has been the wish of the committee, as expressed at its last meeting, to have some discussion and expertise before us with respect to AIDS. So the reference today with our officials is to be entirely related to AIDS. There will be no need to get into other branches of the medical spectrum at the present time.

Mr. Minister, we are pleased to welcome you here today. I realize you have your senior officials with you from the Medical Research Council of Canada and the department. Perhaps you would care to introduce them at this stage.

Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman, and members of the committee. I want to thank you for this opportunity—not for me personally, but for us as Members of Parliament who are deeply interested in issues and matters of health. This is an issue that has not only a big public profile but is also one in which the department and the medical community is both deeply interested and deeply concerned. I know Members of Parliament are as well.

Our intention today is to give as much information as we are able. That has been the approach we have used, Mr. Chairman, and that is the manner in which we will be approaching the session this morning. On what is obviously a very difficult topic for all of us, but especially in terms of the medical community, I, as Minister of National Health and Welfare, and we, as Canadians, are greatly privileged by having—not only in this room but elsewhere—available to us some of the very best people on this question. I do not mean that in Canada, I mean that on a world scale. And while always the question, should more be done, can be asked, I am confident that the people working on this issue in Canada are the best we have.

It is on that basis that I introduce the President of the Medical Research Council of Canada. And may I just make an aside, if I am not infringing on your time, Mr. Chairman, to thank you and some other members of the committee, as well as others, who would have liked to attend the 25th Anniversary of the Medical Research Council of Canada, which was celebrated in Winnipeg last weekend. The council was the recipient of the St. Boniface Hospital Research Institute Award, which is generally given to individuals. There have

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 31 octobre 1985

Le président: Mesdames et messieurs, j'ouvre la présente séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous reprenons aujourd'hui les mentions du Rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1984, et nous étudierons aussi le rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985.

Le Comité a exprimé son désir, au cours de la dernière réunion, d'être renseigné à partir de connaissances spécialisées sur le SIDA et d'examiner la question. En conséquence, le sujet d'étude aujourd'hui avec nos gestionnaires portera uniquement sur le SIDA. Il ne sera pas nécessaire de traiter d'autres secteurs du domaine médical présentement.

Monsieur le Ministre, nous sommes très heureux de vous accueillir parmi nous aujourd'hui. Je constate que vos principaux gestionnaires du Conseil de recherches médicales du Canada et du Ministère vous accompagnent. Auriez-vous l'obligeance de nous les présenter maintenant?

L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé et du Bien-être social): Merci, monsieur le président, et membres du Comité. Je désire vous remercier pour cette occasion qui nous est offerte, non pour moi personnellement, mais pour nous en qualité de députés qu'intéressent vivement les questions de santé. Il s'agit d'un problème qui non seulement a été l'objet d'une grande publicité, mais qui touche et inquiète même le ministère et le milieu médical. Je sais qu'il en est de même des députés.

Nous avons l'intention aujourd'hui de fournir le plus de renseignements possibles. C'est là la manière dont nous avons déjà envisagé la question, monsieur le président, et que nous emploierons ce matin. Moi-même, en qualité de ministre de la Santé et du Bien-être social, et nous tous, en tant que Canadiens, sommes particulièrement privilégiés d'avoir à notre disposition, non seulement dans cette salle mais ailleurs, certains des meilleurs cerveaux sur une question qui est très difficile pour tous et surtout en ce qui concerne la communauté médicale. Je ne veux pas dire au Canada, mais à l'échelle mondiale. Et bien qu'on puisse toujours poser la question: peut-on en faire plus, je suis certain, qu'au Canada, le problème est étudié par les meilleurs cerveaux que nous possédons.

C'est dans ce contexte que je désire présenter le président du Conseil de recherches médicales du Canada. Et si je puis me permettre une remarque, monsieur le président, sans prendre trop de votre temps, c'est pour vous remercier ainsi que certains autres membres du Comité et d'autres personnes encore, qui souhaitent participer aux célébrations qui ont marqué le vingt-cinquième anniversaire du Conseil de recherches médicales du Canada, à Winnipeg, au cours de la dernière fin de semaine. Le Conseil a reçu le prix de l'Institut de

[Text]

been very prominent world figures who have received that award, and the Medical Research Council of Canada was given that award, as a council, after 25 years of service. I think all of you who have served on this committee are interested in the issues of their council and will want to congratulate them.

• 0915

Also with us is Dr. Pierre Bois, who heads the Medical Research Council of Canada; Dr. Bert Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; and Dr. Dr. Alastair Clayton, whose calmness and ability to convey what is happening on the topic we are addressing today, I have found most reassuring. Mr. Chairman, there are also other members of the staff here. I will not introduce them all, with the exception of the Deputy Minister, David Kirkwood. We are available to the committee.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. I too want to add my congratulations to Dr. Bois, after the very successful celebrations held in Winnipeg, and congratulate him on behalf of the committee for the successes that he and his council have had over the years.

Mr. Minister, I presume you have brought Dr. Clayton along because of his expertise in this area, so we can begin, unless you have an opening statement of a technical sort.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I do not have a statement of a technical sort. Possibly what I could do is just give a very quick overview to the committee as to the areas of work rather than the specifics. Also, I might say to Mrs. Browes, when she asked me a question in the House and I said I would be willing to table the information, I am willing to do that. The reason I did not do it that day was because I had it in only one of the official languages and obviously I wanted it in both languages. That is the only reason why it has not been tabled. So whatever the committee wants to do... and obviously if I am asked in the House, I will do the same thing in the House, because it is another forum.

The Chairman: Mrs. Browes.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. The offer of the Minister to table this information in the House would be most appreciated because of the issue having such a high profile right across the country, and the concern people have. Whatever information is tabled in the House I think would be most helpful in terms of passing that information on to the constituents and people of Canada. So I would recommend that we do have the material tabled in the House.

The Chairman: You are suggesting that it be tabled in the House rather than at this committee, are you?

Mrs. Browes: Well, I think it could be tabled in the House.

The Chairman: I will take that under advisement. Mr. Young.

[Translation]

recherche de l'hôpital Saint-Boniface, habituellement décerné à des particuliers. Certaines personnes de renommée mondiale ont déjà reçu ce prix, et le Conseil de recherches médicales du Canada a été honoré, en qualité de conseil, après vingt-cinq années de service. Je crois que tous ceux qui ont siégé à ce Comité s'intéressent aux problèmes sur lesquels s'est penché le Conseil et voudront le féliciter.

Sont aussi présents le docteur Pierre Bois, directeur du Conseil de recherches médicales du Canada, le docteur Bert Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé et le docteur Alastair Clayton dont le calme et la capacité à nous entretenir sur le sujet qui nous intéresse aujourd'hui sont des plus rassurants. Monsieur le président, d'autres membres sont également présents ici. Je ne les présenterai pas tous, sauf le sous-ministre David Kirkwood. Nous sommes à la disposition du comité.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur le ministre. Je voudrais également féliciter le docteur Bois, suite aux célébrations tenues à Winnipeg, au nom des membres du comité pour les découvertes effectuées par le Conseil au cours des années.

Monsieur le ministre, je suppose que le docteur Clayton est ici à titre d'expert en la matière, de sorte que nous pouvons commencer, à moins qu'il n'y ait un discours d'ouverture de nature technique.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je ne ferai pas d'exposé technique. Je voudrais simplement mentionner très rapidement aux membres du comité les domaines de travail plutôt que d'en faire une description précise. J'aimerais aussi répéter à M^{me} Browes, qui m'a posé une question en Chambre, que je suis prêt à divulguer toute l'information que je possède. La raison pour laquelle je ne l'ai pas encore fait, c'est que je ne la possède que dans l'une des deux langues officielles. C'est la seule raison pour laquelle elle n'a pas encore été présentée. Quelle que soit la décision du comité, et si je suis interrogé à la Chambre, j'agirai de la même façon, car c'est une autre tribune.

Le président: Vous avez la parole, madame Browes.

Mme Browes: Je vous remercie, monsieur le président. L'offre du ministre de divulguer l'information à la Chambre serait des plus appréciée car le sujet suscite beaucoup d'intérêt dans tout le pays. Quelle que soit la nature des renseignements, je pense qu'il serait des plus utile de les communiquer aux autorités et aux Canadiens. Je recommande donc que les renseignements soient divulgués à la Chambre.

Le président: Vous proposez donc qu'ils soient divulgués à la Chambre plutôt que devant ce comité n'est-ce pas?

Mme Browes: Je pense qu'il devraient être divulgués en Chambre.

Le président: Je demanderai conseil à ce sujet. La parole est à vous, monsieur Young.

[Texte]

Mr. Young: The information is available now, I think. The committee would appreciate it if we could have it tabled here as well as in the House, Mr. Chairman.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I have just been informed that it is being translated. It will be available tomorrow. If it suits the committee, we will give you all the information we have, will table it in the House, and will make it available to members as well.

The Chairman: So we can do it both ways, then, I judge.

Mr. Epp (Provencher): Yes. We have no difficulty with that.

The Chairman: In that case, would you like to proceed now, Mr. Minister?

Mr. Epp (Provencher): Thank you, Mr. Chairman. Briefly, because I do not want to take the time that members want to use for questions to experts, let me give you just the areas where we are involved. And when I say we are involved, I also want to commend, on the first point, the appointment of the National Advisory Committee on AIDS. It was my predecessor, the former Minister of National Health and Welfare, the Hon. Monique Bégin, who set up the committee. And obviously that work has been continuing.

The committee was established, as members will know, to make recommendations to the Minister in respect to federal government leadership in the control, prevention, and management of AIDS. Canadian physicians and scientists from across the country, representing the disciplines of immunology, microbiology, epidemiology, and infectious disease, were appointed to the committee. I want to say that I personally, and I think the country, have been well served by the appointment of the National Advisory Committee on AIDS.

Frankly, I think we have to examine its resources. When it was established there was obviously a certain level of activity. I think that is one of the questions that has to be addressed.

Secondly, public information. Information pamphlets for the general public, entitled *AIDS in Canada: What You Should Know*, have been produced. The first edition of the pamphlet was published and distributed in 1984. The second edition was produced and distributed nationally in 1985.

There has been a great demand from the general public for accurate information on AIDS, and that is an ongoing issue—what is the accurate information that should be conveyed, and that is available. Approximately 500,000 copies of the pamphlet have already been distributed to universities and secondary school students, public health units, hospitals, pharmacies, and others.

Third, professional information. In order to provide health care professionals with accurate information, the National Advisory Committee on AIDS, in collaboration with the department, has developed an overview document on AIDS.

[Traduction]

M. Young: Les renseignements sont maintenant accessibles, je pense. Les membres du comité aimeraient qu'ils soient divulgués ici ainsi qu'en Chambre, monsieur le président.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je viens d'apprendre que le document a été traduit. Il sera à votre disposition demain. Si le comité est d'accord, nous vous communiquerons tous les renseignements, nous déposerons le document en Chambre et nous le distribuerons également aux membres.

Le président: Je vois que nous pouvons donc procéder des deux manières.

M. Epp (Provencher): Oui, Cela ne présente aucune difficulté.

Le président: Dans ce cas, voudriez-vous poursuivre monsieur le ministre?

M. Epp (Provencher): Je vous remercie, monsieur le président. Brièvement, car je ne tiens pas à empiéter sur le temps mis à la disposition des membres pour poser des questions aux experts, je voudrais indiquer les domaines dans lesquels nous oeuvrons. J'aimerais ainsi mentionner la création du Comité consultatif national sur le SIDA mis sur pied par mon prédécesseur, l'ancien ministre de la Santé et du Bien-être social, l'honorable Monique Bégin. Manifestement, les travaux se sont poursuivis.

Le comité a été mis sur pied, comme les membres le savent, pour présenter des recommandations au ministre au sujet du rôle de direction que doit jouer le gouvernement fédéral dans le cadre de la lutte contre le SIDA, sa prévention et son traitement. Des médecins et des scientifiques canadiens de toutes les régions du pays, représentant les disciplines de l'immunologie, de la microbiologie, de l'épidémiologie et des maladies infectieuses ont été choisis pour former ce comité. À mon avis et de l'avis, je pense, des Canadiens, la création du Comité consultatif national sur le SIDA est justifiée.

Franchement, je pense que nous devons examiner ses ressources. Lors de sa création, il y avait manifestement un certain niveau d'activité. Je pense que c'est l'une des questions qu'il faut poser.

Deuxièmement, l'information du public. Un dépliant informatif à l'intention du public et intitulé «LE SIDA AU CANADA: ce que vous devriez savoir», a été produit. La première édition du dépliant a été publiée et diffusée en 1984. La deuxième édition a été produite et diffusée à l'échelle nationale en 1985.

Il y a eu une très forte demande de renseignements précis sur le SIDA de la part du grand public. On doit se poser deux questions: Que savons-nous précisément du SIDA et quels renseignements précis pouvons-nous communiquer? Environ 500,000 exemplaires ont déjà été distribués dans les universités, les écoles secondaires, les unités de soins, les hôpitaux, les pharmacies et d'autres établissements.

Troisièmement, l'information professionnelle. Afin de fournir aux professionnels de la santé des renseignements précis, le Comité consultatif national sur le SIDA, en collaboration avec le ministère, a publié un document d'ensemble sur

[Text]

The first edition of the document was produced again in 1984, and the second this year. That is being distributed to health care professionals as well.

• 0920

Additionally, guidelines for the diagnosis and treatment of AIDS and AIDS-related disorders have been developed and are anticipated to be published this year. The *Canadian Medical Association Journal* will likely be the vehicle for that publication. The guidelines will be, I think, valuable to health care professionals who are confronted with patients who may have AIDS. Specific precautions for laboratory and health care workers have been developed and they have also been distributed across the country.

In response to the need for more information on the interpretation of the HTLV-III antibody test, a physician's information package has been produced containing detailed information on the testing procedure and recommendations for dealing with patients who have had the test. Also, guidelines for nurses providing home care for AIDS patients have been developed, and recommendations for preventing possible transmission of HTLV-III from tears have been published.

Fourth, the area of research. As I have already indicated, from the point of view of personnel, we have as expert and as dedicated personnel in this area as any other country. To date, \$1.5 million has been allocated to the federal Laboratory Centre for Disease Control to support AIDS activities. Over the four years since 1983, over \$1 million has been spent to date on research, information dissemination, conferences and laboratory work. In addition, the National Health Research and Development Program and the Medical Research Council are supporting some \$1.6 million of AIDS research.

I should say here as well that on the research being done there is a very close relationship with the research in other parts of the world. I have to stress and make the point very, very strongly that in this case there is no one country that is operating on its own. Countries are collaborating, they are trying to exchange information, because the question of research, while we are all I think on a very critical time line because of the mortality rate... the point I have to make is that the research in Canada and the co-ordination of research in other countries and the exchange of information have to be examined as we look at the research package.

Lastly, federal-provincial co-operation. Personally, I would like to recognize the contribution of provincial governments to AIDS research, education, and treatment, which is additional to that which I have mentioned.

[Translation]

le SIDA. La première version du document a été reproduite en 1984, et la seconde version cette année. Celle-ci est distribuée également aux professionnels de la santé.

De plus, des directives pour le diagnostic et le traitement du SIDA et des affections liées au SIDA ont été élaborées et on prévoit qu'elles seront publiées cette année. Le *Journal de l'Association médicale canadienne* sera vraisemblablement le véhicule de cette publication. Les directives auront, je crois, une grande valeur pour les professionnels de la santé en présence de malades qui peuvent être atteints du SIDA. Des précautions particulières ont été élaborées pour les techniciens de laboratoire et les membres du personnel soignant et ces directives ont été distribuées à l'échelle du pays.

Pour répondre au besoin de renseignements relatifs à l'interprétation de la recherche d'anticorps HTLV-III, une trousse d'information à l'intention des médecins a été produite et elle contient des renseignements détaillés sur les épreuves de laboratoire et les recommandations pour aborder les malades qui ont subi les épreuves. Des directives ont également été publiées à l'intention des infirmières qui prodiguent des soins à domicile aux malades atteints du SIDA, et des recommandations pour empêcher la transmission possible du virus HTLV-III par les larmes ont été publiées.

Quatrièmement, le domaine des recherches. Comme je l'ai déjà indiqué, du point de vue du personnel, nous disposons d'autant de spécialistes et de personnel spécialisé dans ce domaine que tout autre pays. Jusqu'à maintenant, 1,5 million de dollars a été alloué au Laboratoire de lutte contre la maladie à Ottawa pour subventionner les activités sur le SIDA. Depuis 1983, plus de 1 million de dollars a été consacré aux recherches, à la diffusion de l'information, aux conférences et aux travaux de laboratoire. De plus, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé et le Conseil de recherches médicales reçoivent une subvention de l'ordre de quelque 1,6 million de dollars pour effectuer des recherches sur le SIDA.

Je dois ajouter aussi que les recherches que nous effectuons ici sont très apparentées aux recherches qui s'effectuent ailleurs dans le monde. Je dois souligner et faire remarquer très fortement que dans le cas qui nous intéresse, il n'y a aucun pays qui travaille seul. Les pays travaillent en collaboration, ils essaient d'échanger des renseignements, parce que la question de la recherche, alors que notre échéancier est très serré, je pense, à cause du taux de mortalité... le point que je veux souligner est que la recherche au Canada et la coordination de la recherche dans d'autres pays ainsi que les échanges de renseignements doivent être examinés pendant que nous étudions le domaine de la recherche.

Finalement, la collaboration fédérale-provinciale. Personnellement, je voudrais faire mention de la contribution des gouvernements provinciaux aux recherches sur le SIDA, à l'éducation et aux traitements en ce domaine, contribution qui s'ajoute à celle dont j'ai déjà parlé.

[Texte]

Mr. Chairman, that is a very quick overview. We have, as I say, the experts here to answer questions that committee members might have.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. Mr. Lesick.

Mr. Lesick: The Minister mentioned some figures. Are we going to have some of the figures available? I will be speaking to university students at the University of Alberta, and I would like to have some of those figures. If that will be available, then I will not ask you the question.

Mr. Epp (Provencher): May I interrupt on that, Mr. Chairman? I want opposition members to know—and I believe we have done this in writing—that we have had briefing sessions for instance for the government caucus. I have made them available to the opposition caucus as well. Also, I have talked to members in the press. If they want the same figures, if they want briefings and ongoing briefings, we are willing to do that as well.

Mr. Lesick: You mentioned that you feel your officials are amongst the best in the world. I have no reason exactly to doubt what you say, but I guess I am asking you: How can you prove it—by what you have done, by what your officials have done, by what Dr. Clayton has done? I have heard Dr. Clayton, and I am impressed. There is international co-operation, and I am glad to hear that. But how can we be assured they are that? I was wondering if you could enlarge on that.

Mr. Epp (Provencher): First of all, I think of the evidence I see and also the testimony I get from other people in the international field about the research of Canadian researchers. Without any question, they stand on their own merits. So I have no question about that.

One of the issues we have to deal with is it is easy for the public to take a look at any amount of money in research and raise the question, is it enough? It is a hard question to answer. But I think the point we have to make is that at the present time... not that necessarily the moneys are being expended, but the researchers we have are good; excellent. But the question is whether or not we have additional researchers we should be bringing into the picture. I think that is the question of the numbers of researchers or the types of researchers we actually need. I think that is more a question of training rather than the people who are in the field presently.

• 0925

Mr. Lesick: Thank you.

The Chairman: Mr. Edwards.

Mr. Edwards: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, I have two questions. The first has to do with the announcement made by a group of French doctors in the last few days, and forgive me if you have already covered this.

[Traduction]

Monsieur le président, il s'agit d'une vue d'ensemble très rapide. Nous avons, comme je l'ai dit, des spécialistes ici pour répondre aux questions des membres du comité.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Monsieur Lesick.

M. Lesick: Le ministre a mentionné certains chiffres. Est-ce que ces chiffres seront disponibles? Je dois donner une conférence aux étudiants de l'Université de l'Alberta et j'aimerais bien avoir certains de ces chiffres à présenter. Si ces données sont mises à notre disposition, alors je ne vous poserai pas la question.

M. Epp (Provencher): Puis-je faire une mise au point sur ce sujet, monsieur le président. Je désire que les membres de l'Opposition sachent—et je crois que nous l'avons fait par écrit—que nous avons eu des séances d'information, par exemple pour le caucus du gouvernement. J'ai même mis ces données à la disposition du caucus de l'Opposition. De plus, j'ai parlé aux gens des média. S'ils désirent obtenir les mêmes chiffres, s'ils désirent des séances d'information et des séances d'information permanentes, nous sommes prêts à le faire aussi.

M. Lesick: Selon vous, vos représentants sont des gens compétents. Je n'ai aucune raison exactement de douter de ce que vous dites, mais ma question est la suivante: Comment pouvez-vous le prouver—par ce que vous avez fait, par ce que vos représentants ont fait, par ce que le Dr Clayton a fait? J'ai écouté le Dr Clayton et il m'a impressionné. Il existe une collaboration internationale et je suis heureux de l'entendre dire. Mais comment pouvons-nous être assurés qu'il en est ainsi? Pourriez-vous élaborer davantage sur ce sujet?

M. Epp (Provencher): Premièrement, je pense à ce que j'ai vu et aussi du témoignage que j'ai eu d'autres personnes, à l'échelle internationale, au sujet des recherches effectuées par des Canadiens. Sans aucun doute, ils maintiennent leur réputation. Aussi je n'ai aucune question à ce sujet.

Une des questions que nous devons aborder est de savoir s'il est facile pour le public de considérer un montant ou un autre consacré à la recherche et de se demander s'il est suffisant. C'est une question à laquelle il est difficile de répondre. Mais je pense que ce que nous devons faire comprendre à l'heure actuelle... C'est non pas nécessairement que des sommes d'argent sont dépensées, mais que les chercheurs que nous avons sont bons, voire excellents. La question est plutôt de savoir si nous devrions faire intervenir d'autres chercheurs. Je crois que c'est la question du nombre de chercheurs ou du type de chercheurs dont nous avons vraiment besoin actuellement. Je crois qu'il s'agit plus d'une question de formation plutôt que des gens qui sont dans le domaine actuellement.

M. Lesick: Merci.

Le président: M. Edwards.

M. Edwards: Merci, monsieur le président.

Monsieur le Ministre, j'aurais deux questions à vous poser. La première concerne l'annonce faite par un groupe de médecins français ces derniers jours, et pardonnez-moi si vous

[Text]

Is there direct government-to-government exchange of information on such breakthroughs—and I think this is a control rather than any kind of projected cure—or does that sort of communication exist only within the medical profession? My second question is: What is the federal government doing to advocate among the homosexual community so-called safe sex practices?

Mr. Frith: On a point of order, Mr. Chairman, I do not want to speak for the Minister, but it seems to me that what we should be doing rather than focusing on the Minister's statement this morning... I think that is why we have Dr. Clayton here, to get an overview so it will eliminate a lot of questions. If we take up all the time on questions, we are not going to get to hear the evidence.

The Chairman: The same thoughts were running through the Chair's mind, too. Unless the Minister wishes to answer these specific questions, I think we might want to hear the general presentation first and then get into the various questions. It is up to the committee, though.

Mr. Edwards: I would be happy to do so, Mr. Chairman. Excuse me.

The Chairman: No, your questions are quite in order, although we have officials here prepared to give us a briefing, I believe.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, obviously I would like to see officials give the answers because of the highly technical field we are in. I will just give Mr. Edwards and other members of the committee what some people have referred to as the press releases or announcements of the last few days.

I can simply say this, Dr. Edwards. As late as last night, one of Canada's leading transplant experts, immunologist Dr. Cal Stiller, was in Paris. We have been in contact with him. He is, from a Canadian perspective, examining the evidence on location, and that information will be available to us as well.

The Chairman: I do have some other names, or do you wish to go on to...? Mr. Hamelin.

M. Hamelin: C'est une question plus générale, monsieur le ministre, et qui touche aux ressources canadiennes disponibles pour la recherche sur le SIDA. Est-ce qu'il ne serait pas plus avantageux, souhaitable—et là je ne mets pas en doute du tout la qualité des spécialistes canadiens ou des chercheurs canadiens—, est-ce qu'il ne serait pas plus avantageux, souhaitable, dis-je, de faire en sorte de rassembler sur le plan international une équipe dans un pays quelconque, peut-être la France, le Canada ou les États-Unis? Est-ce qu'il ne serait pas plus efficace, au lieu que chaque pays fasse ses recherches, si ces recherches ne tiennent pas du hasard, mais bien d'une recherche systématique, de centraliser cela à un seul et même endroit et, d'apporter l'aide canadienne à ce pays ou à ce groupe international de recherche qui ferait en sorte de trouver le plus rapidement possible une solution à ce problème qui est continental et international et dont l'acuité est telle que je pense que ça dépasse le problème de la fierté, pour soi, de trouver le plus vite possible ce vaccin miracle? Il ne s'agit pas

[Translation]

en avez déjà parlé. Y a-t-il échange d'information direct d'un gouvernement à l'autre en cas de pareille découverte—je crois qu'il s'agit plutôt de contrôler que de guérir—ou ce genre de communication existe-t-il seulement à l'intérieur de la profession médicale? Ma deuxième question: qu'est-ce que le gouvernement fédéral fait pour inciter les homosexuels à avoir des pratiques sexuelles soi-disant non dangereuses?

M. Frith: Au sujet d'un rappel au Règlement, monsieur le président, je ne veux pas parler pour le Ministre, mais il me semble que ce que nous devrions faire au lieu de nous attarder sur l'énoncé du Ministre de ce matin... Je crois que c'est pour cela que le Dr Clayton est ici, afin de nous donner une vue d'ensemble et ainsi répondre à bien des questions. Si nous n'arrêtons pas de poser des questions, nous n'aurons pas le temps d'entendre les témoignages.

Le président: C'est un peu ce que la présidence se disait. À moins que le Ministre ne désire répondre à des questions précises, je pense que nous aimerions peut-être entendre d'abord la présentation générale et puis passer aux diverses questions. C'est au Comité à décider, cependant.

M. Edwards: Je veux bien, monsieur le président. Pardonnez-moi.

Le président: Non, vos questions étaient tout à fait appropriées, mais il y a ici des représentants qui sont prêts à nous faire une présentation, je crois.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, j'aimerais bien sûr que les représentants répondent aux questions parce que c'est un domaine extrêmement technique. Je donnerais simplement à M. Edwards et à d'autres membres du Comité ce que certaines personnes ont appelé les communiqués de presse ou les nouvelles des derniers jours.

Je peux simplement dire ceci, docteur Edwards. Encore hier soir, l'un des experts canadiens en transplantation, le Dr Cal Stiller, immunologue, était à Paris. Nous sommes en contact avec lui. Il examine les preuves sur place, dans une perspective canadienne, et cette information sera également accessible.

Le président: J'ai également quelques autres noms, ou aimeriez-vous passer à...? M. Hamelin.

Mr. Hamelin: It is a more general question, Mr. Chairman, and it concerns Canadian funds available for research on AIDS. Would it not be preferable—and by saying this, I do not question the quality of the Canadian experts and researchers—would it not be preferable to try and form an international team of specialists in one country—say in France, in Canada, or in the United States? Would it not be more effective, instead of each country working separately, if indeed the research were systematic and not haphazard, to have everything in one place and that Canadian help be sent to the area or be given to that international research team so that a solution can be found as fast as possible to this problem of continental and international scope which is so acute that it transcends the question of pride? It is not a question of trying to look bright but more of finding a cure. That is the question I ask. Would it not be preferable, for reasons of effectiveness and cost, to hold one consultation in one place with one interdisciplinary international team?

[Texte]

[Traduction]

de vouloir passer pour un petit génie. C'est la question générale de base que je pose. Est-ce que ce ne serait pas plus avantageux, économique et efficace d'entreprendre une consultation à un seul et même endroit avec une seule et même équipe multidisciplinaire et internationale?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, perhaps I could have Dr. Bois answer that from a researcher's point of view.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, peut-être que le Dr Bois pourrait répondre à cette question en tant que chercheur.

Docteur Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales du Canada): Il existe déjà une excellente collaboration internationale qui se manifeste soit par des échanges de chercheurs, soit encore au niveau de conférences et de réunions scientifiques à l'échelle internationale, d'une part.

Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council of Canada): There exists, at the present time, an excellent international collaboration shown by researcher exchanges, conferences and scientific meetings at the international level.

D'autre part, la recherche dans ce domaine-là, comme dans bien d'autres, ne peut pas se définir aussi simplement que de dire «nous attaquons le problème de l'immuno-déficience»... C'est immense!

On the other hand, the research in that field, as in many others, cannot be defined as simply as by saying: "Now let us start working on immuno-deficiency". It is a vast field!

• 0930

Il faut des compétences dans le domaine de la virologie proprement dite, et déjà, dans ce domaine-là, il y a au Canada certaines expertises, et il y en a ailleurs. Vous devez considérer un vaste domaine de la virologie, les rétrovirus, et avoir aussi de l'expertise en biologie moléculaire, dans le domaine de l'ADN recombinant, dans les texturologies modernes. C'est énorme, et ça ne serait peut-être pas tellement efficace, comme on le pense, d'essayer de regrouper en un seul endroit telle expertise. Cela demande des moyens physiques, des moyens matériels, ça demande une certaine tradition de recherche, dans certains pays par rapport à d'autres, dans certains laboratoires, à tel point que les bonnes équipes actuellement—soit américaines, françaises qui ont fait une percée—sont des gens qui étaient les plus près de l'étude des rétrovirus à laquelle maintenant beaucoup d'autres s'intéressent davantage.

One needs competence in the field of virology and in that field there are certain expertises here in Canada. Then one has to know something about the field of retrovirus, and have expertise in molecular biology, in the field of recombinant DNA, in modern texturology. That is a lot and it would perhaps not be all that effective, as one thinks, so to try to pool in only one place such expertise. That requires physical means, material means, a certain research tradition in certain countries relative to others, in certain laboratories to such a pitch that the good teams—American or French which have made a breakthrough—are people who were the closest to the retrovirus study to which many other researchers are more interested in now.

Mais ce ne serait pas, je crois, en les réunissant que vous obtiendriez un plus grand succès. Parce que la communication scientifique, si on peut le dire, est presque instantanée et ne passe pas nécessairement par les niveaux gouvernementaux, ou administratifs. La moindre chose d'importance paraît dans une publication ou dans une collaboration internationale. Beaucoup de chercheurs, comme le Dr Gold, par exemple, à l'Hôpital Général de Montréal, est l'autorité dans la question de cette maladie chez les patients hémophiles.

But it would not be, in my opinion, by bringing them together that success would be greater. Because scientific information, if one might say, is passed on almost immediately and does not necessarily go through governmental or administrative levels. Anything interesting is published or presented at an international conference. Many researchers, like Dr. Gold of Montreal General Hospital, for example, is the authority for the question of this syndrome in hemophilic patients.

Et au Canada, étant donné la méthode selon laquelle on a distribué les agents coagulants, nous avons-là une connaissance du milieu des hémophiles meilleure que dans n'importe quel autre pays qui n'avait pas ce système.

In Canada, because of the method of distribution of the coagulation agents, we have a better knowledge of hemophiliacs than any other country which did not share this method.

Alors, voyez-vous, ce n'est pas exportable cela, et par ailleurs, le Dr Gold est consulté dans tous les continents, sur cet aspect de la maladie.

And that cannot be exported; anyhow Dr. Gold is consulted on this aspect by people from every continent.

Le président: Monsieur Hamelin.

The Chairman: Mr. Hamelin.

M. Hamelin: Pour nous et le public en général, il semble y avoir une course actuellement, ce qui est un petit peu stimulant, certes, au plan de la nécessité de trouver une solution à ce problème, mais qui fait sourire un peu; on a l'impression que

Mr. Hamelin: It seems to us and to the general public that there is a race to find a solution, which is in a sense stimulating, of course, but that provokes a smile. It looks like sport and seems somewhat childish. One day, a team of researchers says:

[Text]

c'est presque du sport et ça fait un petit peu enfantin. Une journée il y a un groupe de chercheurs qui disent «je pense qu'on a trouvé», et là vous avez ses collègues qui... Je trouve que ça ne fait pas sérieux.

Dr Bois: Oui, vous permettez? Je comprends facilement, mais je pense bien que pour une bonne mesure c'est dû au fait qu'il s'agit-là d'un problème social très visible et que les media recherchent cela beaucoup.

Il y a quelques semaines, on a identifié une protéine provenant des cellules cancéreuses, protéine qui serait responsable de la croissance des micro-vaisseaux, dans le cas des tumeurs. Au point de vue découverte, c'est peut-être aussi sensationnel pour l'avenir et la santé du monde, que celle qui peut être faite dans le domaine de la maladie dont on parle. Mais la visibilité au niveau des media n'est pas la même et je crois que pour une bonne part, c'est là que se situe course dont vous parlez.

M. Hamelin: Merci.

• 0935

The Chairman: Thank you, Dr. Bois. Dr. Clayton.

Dr. A. Clayton (Director General, Laboratory Centre for Disease Control, Department of National Health and Welfare): Thank you.

Mr. Chairman, Mr. Minister, ladies and gentlemen, what I would like to do this morning is talk to you a little bit about, not what AIDS is—you already know—but some of the more interesting aspects of this—how the disease works, where it started, how it got here, and what has been going on. I hope that in maybe 20 minutes or so that might be an adequate time. If, Mr. Chairman, you want me to finish sooner, then wind me up, take me off with a walking stick, whatever you wish.

The Chairman: Fine. We will ask you to proceed as quickly as you can, then.

Dr. Clayton: What I would like to do, then, is talk to these Vu-graphs for a little while, if you can see them, and then sit down and talk a little bit more. This, obviously, is just an introduction to what we are talking about.

The disease, as you are well aware, is caused by a virus, and the virus was first identified in France in 1983 and it was called a lymphadenopathy virus; and then in 1984 it was again rediscovered, if you will, but it was discovered in a different way, or recovered, by Dr. Gallo in the National Institutes of Health in the United States, and he called it HTLV-III, or human T-cell lymphotropic virus.

And this really tells you what the virus does. It is a human virus. It affects the T-cells, and we will talk about that in a moment. It has a tropism or a target of lymphocytes. It is a virus, and it is the third in the series. The other two cause cancers and leukemias, and there may well be many more in that series yet to be discovered.

What the virus does, ladies and gentlemen, is get straight into the lymphocyte system, the immunological system and

[Translation]

"I think we have found something" and the colleagues... it is not very serious.

Dr. Bois: May I? I understand but I also think that it is due, for a good part, to the fact that it is a social problem which is extremely visible and the media are very keen on things like that.

A few weeks ago, some researchers have identified a protein in cancerous cells which would be responsible for the growth of micro-vessels in the case of tumors. This breakthrough is perhaps as important for the future and the health of people as one which could be made in the field we are talking about. But the media do not talk about it as much and I think that, for a good part, that is where the so-called race is.

Mr. Hamelin: Thank you.

Le président: Merci, docteur Bois. Docteur Clayton.

Docteur A. Clayton (directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie, ministère de la Santé et du Bien-être social): Merci.

Monsieur le président, monsieur le Ministre, mesdames et messieurs, j'aimerais vous parler un peu, ce matin, non de ce qu'est le SIDA—vous le savez déjà—mais de certains aspects plus intéressants de cette maladie—de la façon dont elle se présente, où elle a commencé, de quelle façon elle en est rendue là, et ce qui se passe. J'espère que vingt minutes environ seront nécessaires. Si vous voulez, monsieur le président, que je finisse plus tôt, vous pouvez me l'indiquer de la façon dont vous voulez.

Le président: Très bien. Nous allons donc vous demander de faire le plus vite possible.

Dr Clayton: Ce que j'aimerais faire, dans ce cas, c'est de parler de ces diapositives pendant un petit moment, si vous pouvez les voir, puis on pourrait s'asseoir et en parler davantage. Il ne s'agit évidemment que d'une introduction du sujet que nous allons traiter.

La maladie, comme vous le savez bien, est causée par un virus, découvert en France pour la première fois en 1983 et appelé lymphadénopathie; et en 1984 il était découvert de façon différente par le Dr Gallo du *National Institute of Health* des États-Unis et il a été appelé HTLV-III, ou virus lymphotrope de la cellule T.

Et cela vous indique vraiment ce que fait le virus. C'est un virus humain. Il affecte les cellules T, et nous en parlerons dans un moment. Il a un tropisme ou une cible de lymphocytes. C'est un virus et c'est le troisième d'une série. Les deux autres provoquent le cancer et la leucémie, il se pourrait que l'on découvre de nombreux autres virus dans cette série.

Le virus, mesdames et messieurs, s'attaque directement au système lymphocyte, le système d'immunologie et s'attaque

[Texte]

knocks off specifically one cell, which is the leader, the conductor, if you will, of the immunological orchestra, and it is this cell which ensures that the immunological system does its thing properly. Without that cell the immune system no longer operates and the body is subject to other infections which are called "opportunistic infections". These are infections which are all around us and are not a problem because we have intact immune systems. But for these people, they have no protection, and it is those diseases, sequentially, because they get them in a serial way . . . They might live after the first or second one, but ultimately one of these infections will kill the individual.

What we have, therefore, is the lymphocytes being destroyed, and when they have been destroyed, the virus appears to go somewhere latently, and it looks like it goes into brain cells. We are now seeing, increasingly, progressive dementia. And this is important, because when you use some of these treatments you may well be prolonging the life of the person for a few days or months, but you may be condemning them to progressive dementia, because these treatments are not affecting the viruses, it affects the brain when it lies in the brain cells doing its thing there. And this is another moral or ethical problem we have to consider when we think about things like cyclosporin.

What we have today, and I want to explain this to you right at the beginning, is a test which is a specific test to detect the presence of antibody in the blood. You have heard about the test coming up, and the Red Cross is starting it, I guess tomorrow, and the provinces will also be doing so. What this test is—to take a person's serum and determine the presence of antibody.

Now, antibody is evidence that an individual has been infected by the virus at some time. It does not tell us that the person carries the virus; that the person is going to get the disease; or the person is infectious to other people, it only tells us he has been infected at some time. So when you hear about the test, it is an antibody test only. Antibodies are produced by our bodies to protect against further invasions of the virus. Unfortunately, this antibody does not do that, but it still is produced, and the person is still subject to further incursions of the virus and, cumulatively, more and more virus seems to be built up inside his system and that precipitates the disease at some time.

So generally speaking, it is a facet of multiple exposure, and occasionally you have a one-time event exposure, and I will discuss what those events might be in just a moment.

The high-risk groups that we see are these. They are homosexuals and bisexuals who comprise three-quarters of our cases—and I will show you up-to-date figures in a minute or two—intravenous drug users who are sharing their needles, contaminated needles in a non-sterile manner; hemophiliacs whose C-factor eight which is a clotting mechanism to make their blood clot, and it comes from pooled serum from many, many people; transfusion recipients, which you are well aware

[Traduction]

particulièrement à une cellule—c'est-à-dire la première—soit le chef d'orchestre de l'immunologie, si vous me permettez l'expression et c'est cette cellule qui assure le bon fonctionnement du système d'immunologie. Sans cette cellule, ce système ne fonctionne plus et le corps est sujet à d'autres infections qui sont appelées «infections opportunes». Ce sont des infections qui nous entourent et qui ne présentent pas de problème, parce que nos systèmes d'immunité sont intacts. Mais ces personnes qui n'ont aucune protection sont affectées par ces maladies, de façon séquentielle, parce qu'elles les attrapent en série . . . Elles pourraient vivre après la première ou la deuxième, mais en fin de compte, l'une de ces infections emportera la personne.

Nous sommes en présence, par conséquent, de la destruction des lymphocytes et dans ce cas, le virus apparaît de façon latente, à un endroit quelconque et il semble ensuite s'attaquer aux cellules du cerveau. Nous assistons par la suite à une démence progressive. Et cela est très important, parce que si nous utilisons certains de ces traitements, nous pouvons fort bien prolonger la vie du patient pendant quelques jours ou quelques mois, mais nous pouvons le condamner à une démence progressive, parce que ces traitements ne s'appliquent pas aux virus, ils touchent les cellules du cerveau. Et il s'agit d'un autre problème moral ou éthique dont nous devons tenir compte lorsque nous pensons à des médicaments comme la cyclosporine.

Ce que nous avons aujourd'hui, et je veux vous l'expliquer dès le début, c'est un test spécifique destiné à déceler la présence de l'anticorps dans le sang. Vous avez entendu dire que le test serait fait, et la Croix-Rouge le commencera demain je pense, et les provinces le feront également. Dans ce test, il s'agit de prélever le sérum d'une personne pour déterminer la présence de l'anticorps.

L'anticorps nous montre qu'une personne a été infectée par le virus à un certain moment. Il ne nous révèle pas que la personne est porteuse du virus; qu'elle aura la maladie; ou qu'elle est infectieuse pour les autres, cela nous révèle seulement que la personne a été infectée à un certain moment. Donc, quand vous entendez parler de ce test, il s'agit d'un test d'anticorps seulement. Les anticorps sont produits par notre corps pour nous protéger contre d'autres invasions du virus. Malheureusement, cet anticorps ne le fait pas, mais il est encore produit, et la personne est toujours sujette à d'autres infections par le virus, et il semble que le virus s'accumule à l'intérieur du système de la personne et déclenche la maladie à un certain moment.

Généralement parlant, il s'agit donc d'une facette d'exposition multiple, et à l'occasion vous avez l'exposition lors d'un événement unique, et je discuterai de ces événements dans un instant.

Les groupes les plus exposés sont les homosexuels et les bisexuels qui représentent les trois quarts des cas—et je vous montrerai des chiffres à jour dans une minute ou deux—les toxicomanes par injections intraveineuses qui partagent leurs aiguilles contaminées sans aucune stérilisation; les hémophiles ayant le facteur huit qui est un mécanisme de coagulation du sang, et qui provient du sérum de très nombreuses personnes; les receveurs de transfusion dont vous êtes bien au courant en

[Text]

of because of the case recently in Ottawa a couple of weeks ago—there are only a few, and I will show you some figures on that. Sexual partners of any of the above is an important one. There is the heterosexual spread, but before I talk about heterosexual spread there is one more group; that is, mothers who have AIDS and are passing it on to their children, to their unborn children or shortly-born children, perinatally at or about the time of birth. We have a few of those cases.

• 0940

This is the one, I think, that worries us more than anything else: the heterosexual aspect, the heterosexual possibilities of transmission. The disease is sexually acquired, essentially, as the result of a skin break or a break in the mucous membrane. The disease is not casually acquired; it is not socially acquired. You are well aware of this. We understand quite clearly how the disease is acquired, and most of them as a result of sexual activity, usually, but not always, multiple indiscriminate sex in the male homosexual or bisexual community.

The next most likely group of people to develop this disease would be heterosexuals who have indiscriminate multiple sexual activity; that, of course, is prostitutes and their clients. So we are very concerned that they might be the next target group of people who get this disease. We have examined some sera from Canadian prostitutes, largely out west, and to this time there has been no evidence of antibody signs of infection in that population.

In the United States it is a little different. There have been three surveys done with small numbers of prostitutes in which there has been antibody positive or infection. Most of these, like 80% of them, are women who are also intravenous drug users and they undertake prostitution to support that drug habit; that is probably the risk factor in those cases. But it is the 20% or so, small numbers, who do not have that risk factor that makes one concerned. So we are watching very closely to see if we are likely to get this pattern or not.

The precedent is already here in the world. In Central Africa, where the disease is far more extensive—and I will talk about that in a moment or two—the main focus in Zaïre of the disease and in Rwanda is in prostitute operations. In fact, the male-to-female ratio in this part of the world is about 1:1, whereas in North America it is 30 males to 1 female. The reason for the latter figure, of course, is because of the male homosexuality reservoir; but here it is quite different.

Now, why is it different? Why do prostitutes get this, why does anybody get this disease in such high numbers in Central Africa as distinct from here? I will show you some figures on that, as I mentioned, in a moment or two. There are a number of theories. I guess my theory is that malnutrition and starvation in the Third World has a deteriorating effect on the

[Translation]

raison du cas qui s'est produit récemment à Ottawa, il y a une couple de semaines—ce ne sont que quelques exemples et je vous présenterai des chiffres à ce sujet. Les partenaires sexuels de n'importe lequel de ceux qui sont mentionnés ci-dessus constituent un groupe important. Il y a contamination par les hétérosexuels, mais avant d'aborder le sujet, je voudrais parler d'un autre groupe, celui des mères atteintes du SIDA et qui le transmettent à leurs enfants, soit aux foetus ou aux nouveau-nés, au cours de la période périnatale ou aux alentours du moment de la naissance. Nous avons quelques-uns de ces cas.

Les possibilités de transmission par des hétérosexuels constituent, je pense, un des aspects qui nous inquiète plus que n'importe quel autre. La maladie est acquise par relations sexuelles, fondamentalement, à la suite d'une rupture de la peau ou d'une rupture de la membrane muqueuse. La maladie n'est pas acquise de façon accidentelle, ni de façon sociale. Vous êtes bien au courant de cela. Nous comprenons très bien la façon dont la maladie est acquise, et dans la plupart des cas, habituellement à la suite de relations sexuelles, mais pas toujours, de relations sexuelles multiples pratiquées sans discernement au sein de la communauté homosexuelle mâle ou bisexuelle.

Le groupe de personnes suivant qui pourraient attraper cette maladie sont les hétérosexuels qui ont de multiples relations sexuelles sans discernement; il s'agit bien entendu des prostituées et de leurs clients. Nous sommes donc très préoccupés par le fait qu'il pourrait s'agir du prochain groupe de personnes à attraper cette maladie. Nous avons examiné certains sérums de prostituées canadiennes en majeure partie dans l'Ouest et en ce moment, rien n'indique la présence d'anticorps comme signes d'infection au sein de cette population.

Aux États-Unis, c'est un peu différent. Les trois enquêtes réalisées auprès d'un petit nombre de prostituées ont montré la présence d'anticorps positifs ou d'infection. La plupart des personnes affectées, soit 80 p. 100 environ, sont des femmes qui prennent des drogues par voie intraveineuse et qui se livrent à la prostitution pour assouvir leur besoin de drogue; c'est probablement le facteur de risque dans ces cas. Mais c'est l'autre partie, soit les 20 p. 100 qui n'ont pas ce facteur de risque qui nous préoccupe. Nous exerçons donc une surveillance très étroite pour voir si ce modèle sera suivi ou non.

Le précédent a déjà été créé dans le monde. Dans le centre de l'Afrique, où la maladie est le plus répandue—et j'en parlerai dans quelques instants—le principal foyer de la maladie au Zaïre et en Rwanda est le milieu de la prostitution. En fait, le rapport homme-femme dans cette partie du monde est d'environ 1:1, tandis qu'en Amérique du Nord, il est de 30 hommes pour une femme, en raison bien entendu du grand nombre d'homosexuels; mais ici la situation est très différente.

Pourquoi est-ce différent? Pourquoi est-ce que les prostituées contractent cette maladie, pourquoi est-ce qu'un si grand nombre de personnes attrapent cette maladie dans le centre de l'Afrique contrairement à ici; je vais vous montrer quelques chiffres sur ce sujet, comme je vous l'ai dit, dans quelques instants. Il existe un certain nombre de théories. La mienne est

[Texte]

immune system. Children die of measles in this part of the world very, very extensively—measles complications—whereas they hardly ever do in Canada. It is well known that a well-nourished person has a more intact immune system, and less nourished a less robust immune system.

There is that factor, and there is the factor of sharing needles. In Central Africa and many other parts of the world the white man's medicine is now the itinerant needle man, who goes around from village to village injecting whatever with an unsterile, dirty needle; that may also be another factor, coupled with the fact that prostitutes in this area are almost certainly getting penicillin off the black market and administered in an unsterile manner. So that may be why their immune systems are more fragile than ours.

I believe the disease started in Central Africa—or it is well believed or well accepted that the disease started in Central Africa, probably as a mutation from another closely related virus. All life forms are mutated from something or other; all diseases are mutated from something or other. I suspect this disease has mutated from a similar, closely related retrovirus, perhaps one from sheep or perhaps from simian or monkey TLV. So there are viruses that are close to it and have the same pattern in different hosts. This I think is perhaps the first new disease of this millenium or even bimillennium. I do not think in recorded history we have had a brand-new disease—in recorded written history. This may be ours.

One of the factors one of course has to think about is whether the disease is increasing in its transmissibility as it finds this new host, man. One hopes that is not the case; otherwise, we may indeed have some of the dreadful things people are unfortunately talking about. I do not think so, but it might happen. How did it get from Central Africa to North America? Let us deal with this one first of all. Rwanda and Zaïre are former Belgian colonies. Their people speak French; they have a great deal of colonial remnants left, if you like, and a great deal of economic assistance from their former colonial overseers, if that is the right word. Accordingly, there is a lot of transmission of people from Zaïre and Rwanda to France and Belgium.

• 0945

This one is more interesting, I think. In 1960, when Zaïre became Zaïre, they looked around for assistance—economic, educational; fairly high priced assistance—and they went to another country where black people spoke French; in this respect, Haiti was a logical one. A number of people in professional categories came from Haiti to Zaïre during those and subsequent years. There was a lot of interchange and

[Traduction]

la suivante: la malnutrition et la famine dans le tiers-monde ont un effet de dégradation sur le système d'immunité. Les enfants meurent de la rougeole dans cette partie du monde de façon très courante—des complications de la rougeole—tandis que cela se produit rarement au Canada. Il est bien connu qu'une personne bien nourrie a un système d'immunité plus intact et qu'une personne moins nourrie, un système d'immunité moins robuste.

Il existe ce facteur et celui du partage des seringues. Dans le centre de l'Afrique et dans de nombreuses autres parties du monde, la médecine de l'homme blanc est maintenant pratiquée par des personnes itinérantes munies de seringues sales et non stérilisées, qui se promènent de village en village pour donner des injections quelconques; cela peut être également un autre facteur associé au fait que les prostituées de cette région obtiennent presque à coup sûr de la pénicilline sur le marché noir et se l'administrent sans aucune stérilisation. C'est sans doute la raison pour laquelle leurs systèmes d'immunité sont plus fragiles que les nôtres.

Je crois que la maladie a vu le jour en Afrique centrale—ou l'on croit, ou l'on accepte généralement que la maladie a commencé en Afrique centrale—probablement à la suite de la mutation d'un autre virus étroitement apparenté. Toutes les formes de vie sont des mutations; toutes les maladies sont également le résultat de mutations. Je soupçonne que cette maladie est le résultat d'une mutation d'un rétrovirus similaire, étroitement apparenté, peut-être provenant de moutons ou sans doute de simiens ou de singes TLV. Il y a donc d'autres virus apparentés à celui-ci et qui affectent la même configuration chez différents hôtes. Selon moi, c'est peut-être la première nouvelle maladie de ce millénaire, ou même en 2 000 ans. Je ne pense pas que l'histoire écrite fasse mention d'une nouvelle maladie. Cette maladie pourrait bien être nouvelle.

L'un des facteurs sur lequel il faut se pencher bien entendu, c'est l'augmentation de la transmissibilité de la maladie chez son nouvel hôte, c'est-à-dire l'homme. On espère que ce n'est pas le cas; sinon, nous pourrions faire face à certaines des catastrophes redoutables dont les gens s'entretiennent malheureusement. Je ne pense pas que ce soit le cas, mais cela pourrait se produire. Comment cette maladie s'est-elle propagée d'Afrique centrale à l'Amérique du nord? Commençons par analyser cet aspect du problème. Le Rwanda et le Zaïre sont d'anciennes colonies belges. On y parle le français; on y trouve beaucoup de vestiges de la colonie si vous voulez, et beaucoup d'aide économique de la part de l'ancienne métropole si on peut l'appeler ainsi. Par conséquent, il y a beaucoup de personnes qui partent du Zaïre et du Rwanda pour aller s'établir en France et en Belgique.

Ce point me semble plus intéressant. En 1960, lorsque le Zaïre est devenu ce qu'il est, il a demandé de l'aide—économique, éducative; une aide assez chère—et s'est tourné vers un autre pays où les noirs parlaient français; Haiti constituait donc un choix logique. Un certain nombre de professionnels sont venus d'Haiti pour s'établir au Zaïre à cette époque. Au cours des années qui suivirent, il y a donc eu beaucoup de

[Text]

passage of peoples between Haiti and Zaire as a result of this over the years. If this disease started in the 1970s, which it probably did, then some time during that decade, individuals transferred it to Haiti where some of the practices, in terms of prostitution... There are a lot of male prostitutes in the bisexual community in Port-au-Prince who picked up the disease. Now, traditionally, the male homosexual from New York City vacationed in Haiti; again, probably in the early 1980s—I say “probably” because it is somewhat speculative, but I guess it is as good a theory as anybody else’s—the virus was brought back to New York City, from where it spread across the United States, into Canada, and subsequently around the world.

The next most common place you would expect to see the disease would be in Canada because it is close; we speak English. The next place where English is spoken is in the U.K., although it is not quite as close, and indeed this was the pattern. We are now seeing it in South America, so you are seeing a ripple effect as the disease spreads through social, cultural and linguistic barriers and gradually encompasses the world. We are getting cases now in India—there are a few in India and Pakistan, one in China and perhaps in the U.S.S.R. They are saying that they are not getting cases, but we have evidence to believe they are. There is also quite a bunch in Australia. This is therefore the pattern as we see it today.

I would like to just show you today’s up-to-date figures. You have these figures in more detail in the folder given out to you, but this is a sort of summary of the more interesting ones which I would like to run over with you, if I may. We have had, as of yesterday, 369 cases reported in Canada; 22 females and 18 children. Of those 369, 168 have died. The disease is uniformly fatal; 80% of individuals die within two years and over 90% within three years. Nobody has yet ever had his immune system recover. We have no indication at the moment that it will continue to be anything else but a fatal disease.

I showed you the risk factors, and this is how we classify them. Let me just touch upon this—it is important. The three groups of classifications are mode of acquisition known, mode of acquisition not apparent or unknown, and children. Here we have our three-quarters; 278 who are homosexual or bisexual males. We have one intravenous drug user, who was a female; four hemophiliacs—and we should see very few of those because factor eight, which is the clotting factor I mentioned, is now being heat-treated. It has been heat-treated since July 1, and only those people who are in the pipeline, as it were, who have been incubating the disease—and that may be quite a few years yet, because the incubation period is as much as five years or even longer... Some people therefore may yet emerge as a result of being contaminated or infected before July 1. Similarly, there are those who had blood transfusions, of which there have been five—four here and one child.

[Translation]

personnes qui ont voyagé entre ces deux pays. Si cette maladie a commencé à paraître au cours des années 1970, ce qui fut probablement le cas, alors, à un moment donné au cours de cette décennie, certaines personnes l’ont transportée en Haiti où certaines pratiques, en termes de prostitution... il y a un grand nombre de prostitués mâles dans la communauté bisexuelle de Port-au-Prince qui ont contracté cette maladie. Or, c’est devenu très courant que les homosexuels mâles de la ville de New York passent leur vacance à Haiti; là encore, probablement au début des années 1980—je dis «probablement» parce que c’est plutôt spéculatif, mais je crois que cette théorie est aussi bonne qu’une autre—le virus a été transporté dans la ville de New York d’où il s’est répandu dans tous les États-Unis, au Canada et ensuite partout dans le monde.

Le deuxième endroit où on pouvait s’attendre à voir la maladie apparaître était le Canada étant donné que nous sommes près des États-Unis et que nous parlons l’anglais. Ensuite, un autre endroit serait où l’on parle l’anglais, soit au Royaume-Uni bien que ce ne soit pas si près de nous, mais c’est effectivement l’itinéraire suivi par la maladie. Elle fait maintenant son apparition en Amérique du Sud, et nous voyons maintenant les ondes de choc alors que la maladie traverse les barrières sociales, culturelles et linguistiques pour couvrir graduellement la terre entière. Il y a maintenant des cas de SIDA en Inde—il y en a quelques-uns en Inde et au Pakistan, un cas en Chine et probablement en URSS. Les autorités de ce dernier pays disent qu’ils ne connaissent aucun cas de SIDA, mais nous avons tout lieu de croire qu’il y en a là aussi. Il y en a également un grand nombre en Australie. C’est donc le schéma général tel que nous le voyons aujourd’hui.

J’aimerais simplement vous montrer les derniers chiffres. Vous avez tous ces chiffres en détail dans le dépliant qui vous a été donné, mais c’est en quelque sorte un résumé de données plus intéressantes que j’aimerais voir avec vous si c’est possible. Jusqu’à aujourd’hui, 369 cas ont été signalés au Canada; 22 femmes et 18 enfants. De ces 369 cas, 168 personnes sont mortes. Cette maladie est uniformément fatale; 80 p. 100 des personnes meurent dans les deux ans après l’avoir contractée, et plus de 90 p. 100, dans les 3 ans. Aucun de ces malades n’a encore vu son système immunitaire se rétablir. Rien ne nous prouve jusqu’à présent que cette maladie ne continuera pas à être autre chose qu’une maladie mortelle.

Je vous ai indiqué les facteurs de risques et c’est ainsi que nous les classons. Laissez-moi aborder ce sujet—c’est très important. Les trois groupes de classification sont le mode d’acquisition connu, le mode d’acquisition non apparent ou inconnu, et les enfants. D’un côté nous avons les trois quarts des sujets: 278 mâles homosexuels ou bisexuels. Nous avons une morphinomane; 4 hémophiles—et nous devrions voir très peu de ces patients étant donné que le facteur 8, qui est le facteur de coagulation dont j’ai fait mention, est maintenant traité à la chaleur. Le sang de ce groupe est traité à la chaleur depuis le 1^{er} juillet, et seules les personnes qui sont dans cette lignée, comme c’était le cas, les personnes qui couvaient cette maladie—depuis peut-être quelques années, étant donné que la période d’incubation peut aller jusqu’à 5 ans et même plus... Certaines personnes peuvent donc donner des signes de maladie après avoir été contaminées ou infectées avant le 1^{er}

[Texte]

As you know, the Red Cross is starting tomorrow to screen all blood donations, so that should stay at a relatively low increase. There should be very few further cases; just those who are presently incubating the disease and the ones who slip through the sieve, if you will, of this screening test. The category I am particularly concerned about or watching carefully is the heterosexual partners. This figure of eight has not increased commensurately greater than these other figures, so at the moment we are not observing an over and above increase in Canada of that group. Persons from the endemic area are largely Haitians—we have had one from Zaire and the rest are Haitians—and then people of whom we know very little or nothing, and then the child cases, eight of whom have died. Most of them are from parents who... acquired the disease para-natally from a mother who had AIDS at the time of birth. All but two, in fact, were in that category, and they were mostly... I think all of them were Haitian women and their children.

• 0950

Geographically, we have a pattern which is interesting. As you are well aware, it is focused in the major urban areas of the country, Toronto, Montreal and Vancouver, from which most of these cases have come. You can see Ontario is leading with 148, and it is fairly close to the population differential, I think. There are 67 in British Columbia. And 18 children, again mostly Haitian children; 2 from Alberta.

This graph, ladies and gentlemen, I find very interesting. But then, epidemiologists do find graphs interesting and you probably do not share my enthusiasm for these things. But let me try to share my enthusiasm. This tells us the number of cases we have seen over the last three years since it was first reported to LCDC, which is the Laboratory Centre for Disease Control, in February of 1982. In 1982 there were 15 cases. In 1983 there were 40 cases. In 1984 there were 116 cases. And to this point this year, there have been 198 cases. And you can see that October... Even without October, you still have a graph which is quite astonishing. But when you plot it that way and you wonder what we are going to see next, things become somewhat difficult to appreciate. But this reflects an increase of about 2.5. So that means if there are 100 cases this year, next year there will be 250, in the 2.5 ratio. So, if things continue in the present trends, which I do not think they will, we are going to see a great rise in these cases. I will talk about that and show you another graph later on.

[Traduction]

juillet. Parallèlement, il y a des personnes qui ont contracté cette maladie par des transfusions sanguines, dont nous avons 5 cas actuellement—4 ici et un enfant.

Comme vous le savez, la Croix Rouge commence dès demain à trier tout le sang qu'elle reçoit et ce mode de transmission ne devrait plus s'accroître. Il devrait y avoir très peu d'autres cas; soit seulement ceux qui sont actuellement en période d'incubation de cette maladie et les rares cas qui déjoueront tous les tests. La catégorie dont je me préoccupe le plus ou que je surveille le plus attentivement est constituée par les partenaires hétérosexuels. Les huit cas que nous avons ne constituent pas une augmentation incommensurable par rapport aux autres chiffres, ce qui nous permet de dire que pour le moment, nous n'observons pas une augmentation considérable de cas de SIDA dans ce groupe au Canada. Les personnes qui viennent d'une région où cette maladie est endémique sont principalement originaires d'Haiti—nous avons eu une personne du Zaire, les autres sont tous des Haïtiens—et ensuite certaines personnes dont nous savons très peu de choses sinon rien, et ensuite, des cas d'enfants dont 8 sont décédés. La plupart d'entre eux l'ont attrapé de leurs parents qui... ont acquis cette maladie de façon paranatale d'une mère qui avait le SIDA au moment de la naissance. Tous ces cas, sauf deux, entraient dans cette catégorie et ils étaient pour la plupart... Je crois que c'était toutes des femmes haïtiennes et leurs enfants.

Ce schéma est géographiquement intéressant. Comme vous le savez très bien, la maladie se concentre dans les principaux centres urbains du pays, Toronto, Montréal et Vancouver, d'où proviennent la plupart des cas que nous avons. L'Ontario mène le bal avec 148 cas, et c'est très voisin du rapport-population, je crois. Il y a 67 cas en Colombie-Britannique. Et il y a 18 enfants, encore une fois la plupart des enfants haïtiens; deux de l'Alberta.

Mesdames et messieurs, je trouve ce graphique très intéressant. Mais les graphiques que les épidémiologistes trouvent intéressants ne soulèvent probablement pas votre enthousiasme. Mais permettez-moi d'essayer de vous faire partager le mien. Ce graphique nous indique le nombre de cas que nous avons eu au cours des trois années depuis que le premier cas a été signalé au LLCM, le Laboratoire de lutte contre la maladie, en février 1982. Il y a 15 cas en 1982, 40 en 1983 et 116 en 1984. Et jusqu'à présent, nous en avons 198 cette année. Et vous pouvez voir qu'en octobre... même sans compter le mois d'octobre, le graphique est très étonnant. Mais, lorsque l'on trace la courbe de cette façon et qu'on se demande ce qui va arriver, les choses deviennent un peu plus difficiles à évaluer. Mais cette courbe correspond à une augmentation d'environ 2,5. Ainsi, si nous avons 100 cas cette année, nous en aurons 250 l'année prochaine, soit un rapport de 2,5. Ainsi, si les choses continuent au rythme actuel, mais je ne crois pas que ce sera le cas, nous connaîtrons un accroissement considérable du nombre de cas. Je parlerai de cela un peu plus tard et je vous montrerai un autre graphique.

[Text]

What I do want to do is still keep to statistics and show you some very interesting figures here around the world. Then we will get back onto Canadian things. Now, in Rwanda, which I showed you on the map a little while back—a small country with a population of 5.2 million—they have had estimated 5,000 to 6,000 cases of AIDS, and one quarter of a million of the population is infected or antibody positive. That is 1 in 20 of the population of that country. That is an astonishing figure and is represented by a case rate of 1,000 per million. We look at other parts of central Africa. Zaire, where we know very little about the incidence, but it has been estimated from Kinshasa itself, the capital city, to be 170 per million. And Haiti, a little lower. And you can see the transition. United States, 25 per million. And these are just some I selected at random. Canada, 6 per million.

Now, in Canada, we are following the United States pattern two years behind. By that, I mean we have the same incidence as they do. It has a population differential of 10 to 1, and they have 14,000 cases right now. We would normally, in communicable disease transmission, have about 1,400 cases, but we do not, as you are well aware. But, in two years' time we will have 1,400 cases. So we have consistently remained two years behind their pattern. That is useful, because it gives us a window of what is happening. And as long as their figures are going up like that, so will we. There has been no evidence of that changing at the moment, at this time. So I can say confidently to you that by the end of 1987 we will have a pattern something like this. This graph indicates the number of cases and is split up in half-year periods, from January 1985 to halfway through 1985-86 to the end of 1987. So by the end of 1987, we will have that sort of number of cases, if the present trends continue, and I think they probably will.

Mr. Frith: You estimate 3,800?

Dr. Clayton: I am estimating close to that, yes.

Mr. Frith: Okay.

Dr. Clayton: About 3,500 by the end of 1987. I believe—and we will talk about this a little bit later—that these patterns will change, because I think we can do something about it. But if uncontrolled, unbridled, that is the sort of pattern we are going to have.

This graph can do a number of things. You know, it can make the axis come out this way and it will not be as steep. That is if I wanted to make it a fairly short axis this way, to make it more dramatic for you, if you will.

• 0955

Up to this point the laboratory work has been performed at the Laboratory Centre for Disease Control, and we have done all the antibody testing and the confirmatory testing which was required for this determination of antibody infection.

We have helped the Red Cross in the implementation of their screening program, which starts, as I say, this week. The

[Translation]

Je veux encore m'en tenir aux statistiques et vous montrer certains chiffres très intéressants dans le monde. Nous reviendrons au Canada plus tard. Maintenant, au Rwanda, que je vous ai indiqué sur la carte tantôt—un petit pays de 5,2 millions d'habitants—ils ont 5 à 6 milles cas de SIDA, et un quart de million de personnes sont infectées ou ont un anticorps positif, soit une personne sur 20 dans ce pays. Ce nombre est incroyable et représente un taux de 1000 par million. Regardons maintenant d'autres régions de l'Afrique centrale. Le Zaïre, où nous connaissons très peu de choses au sujet de la fréquence de cette maladie, mais où le taux a été évalué à Kinshasa, la capitale, à 170 par million. À Haïti, le taux est un peu plus bas. Et vous pouvez voir la transition. Aux États-Unis le taux est de 25 par million. Et ce ne sont que quelques taux que j'ai choisis au hasard. Au Canada, il est de 6 par million.

Maintenant, au Canada, nous suivons le schéma américain, mais avec deux ans de retard. C'est-à-dire que nous avons la même fréquence qu'eux, il y a deux ans. Les États-Unis ont un rapport de population de 10 pour un par rapport au Canada, et ils comptent actuellement 14,000 cas. Nous devrions normalement avoir 1,400 cas mais, comme vous le savez très bien, nous n'en avons pas autant. Mais, dans deux ans, nous aurons certainement 1,400 cas. Nous avons donc deux ans de retard sur les États-Unis. C'est très utile car cela nous permet de voir ce qui se produit. Tant que leurs chiffres augmentent, nous pouvons nous attendre à la même chose ici. Rien n'indique, du moins jusqu'à présent, que cette tendance changera. Je peux donc dire avec confiance que d'ici la fin de 1987, le nombre de cas augmentera pour atteindre 1,400. Ce graphique indique le nombre de cas et chaque échelon représente une demi-année, de janvier 1985 jusqu'à la mi-chemin entre 1985 et 1986, jusqu'à la fin de 1987. Donc, à la fin de 1987, nous aurons ce nombre de cas, si les choses continuent comme elles sont aujourd'hui et je crois qu'il en sera ainsi.

M. Frith: Vous prévoyez 3,800?

Dr. Clayton: Je prévois à peu près cela, oui.

M. Frith: D'accord.

Dr. Clayton: Environ 3,500 d'ici la fin de 1987. Je crois—et nous discuterons de cela un peu plus tard—que ce schéma changera, car je crois que nous pouvons faire quelque chose contre cela. Mais si cette maladie n'est pas contrôlée, qu'elle n'est pas enrayée, c'est ce genre de schéma que nous aurons.

Ce graphique peut faire bien des choses. Vous savez, on peut faire aller l'axe de cette façon et automatiquement la courbe ne sera pas aussi raide. C'est-à-dire, si je voulais en faire en axe passablement court de cette façon, pour rendre cela plus dramatique, si vous voulez.

À venir jusqu'à maintenant, les travaux de laboratoire ont été effectués au *Laboratory Centre For Disease Control*, et nous avons testé tous les anticorps et effectué les tests de confirmation qui étaient nécessaires pour la détermination d'une infection d'anticorps.

Nous avons aidé la Croix-Rouge à mettre sur pied son programme de dépistage qui commence, comme je vous l'ai

[Texte]

Red Cross will be screening all blood donations for antibody. They undertake 1.2 million donations per year and they are expecting to find approximately 1 in 1,250 people in the population who have positive antibody. There are problems with this, as you are well aware. They are having problems with the provinces as to whom they report and how they report, the method of reporting in terms of confidentiality. You may or may not want to talk about that a little later.

On a question put earlier to the Minister, internationally we do liaise very closely, not at a governmental level but at a professional level. We work very closely with the Centre for Disease Control in Atlanta, with the National Institute of Health. In fact, Dr. Gallo provided us with 50,000 of the first doses of the test, free of charge and very generously. We work closely with the Institut Pasteur in France, and many of us serve on committees with the World Health Organization and the PanAmerican Health Organization. So there is a close liaison, but it is at the professional level, and I think it reflects upwards to the government authorities.

We also work, very closely with the provinces in terms of information to them. The Minister talked about some of the things that are being provided, some of the information, and I think that is important, what we have been able to do in terms of giving communication.

We talked a little about research. Dr. Bois talked about research. We will leave that. I think our problem is lack of researchers, not necessarily lack of money. It is a new discipline, immunology, and it is a new disease. Those few scientists who are working on immunology do not tend to want to change to a more specific disease process. I think that will come, but because this is very new it is not a circumstance of not enough money going in; it is just not enough well-described applications coming up for consideration.

Treatment: We all know about cyclosporin. There are a number of other drugs. There is HPA-23, for which Rock Hudson went to Paris, and a number of others are being trialed at the moment. They have not to this point shown any great effect. The problem is that they may show some effect in terms of preventing the virus infecting the lymphocyte but when you withdraw the treatment the virus comes back and does its thing again because it just goes out of the lymphocyte area and puts itself in the brain or some other area where it becomes latent and comes back if further lymphocytes are either infused, by whatever means, or injected or grown on the body's own behalf.

Vaccines: I think we are a long way from a vaccine. The nature of this virus is that it changes its antigenicity or capability to infect very rapidly, and if we could develop a strain of vaccines today or a vaccine for today's strains then it would probably be ineffective in three months when it has changed so much. In any case, even if we did have a vaccine it would still take about five or more years to show that it works

[Traduction]

dit, cette semaine. La Croix-Rouge fera des essais sur tous les dons de sang en vue de dépister cet anticorps. Ils reçoivent 1.2 millions de dons par année et s'attendent à trouver environ une personne sur 1,250 dans la population qui a des anticorps positifs. Cela pose un problème, comme vous le savez tous. Ils ont des problèmes avec les provinces pour ce qui est des organismes à avertir et sur la façon de procéder, la méthode de signalement, en termes de confidentialité. Peut-être voudrez-vous parler de cela un peu plus tard.

Au sujet d'une question posée plus tôt par le Ministre, nous assurons des liaisons étroites à l'échelle internationale, non au niveau gouvernemental, mais au niveau professionnel. Nous travaillons en étroite collaboration avec le *Centre for Disease Control* d'Atlanta, avec le *National Institute of Health*. En fait, le Dr. Gallo nous a fourni 50,000 des premières doses du test, gratuitement et très généreusement. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'institut Pasteur en France et nombre d'entre nous siègent au sein de divers comités de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la *PanAmerican Health Organization*. Nous restons donc en communication étroite, mais au niveau professionnel, et je crois que cela se reflète jusqu'aux niveaux gouvernementaux.

Nous travaillons également très étroitement avec les provinces pour ce qui est des informations. Le Ministre a énuméré certaines des choses qui nous sont fournies, certaines informations, et je crois que cela est important, ce que nous avons été capables de faire en termes de communication.

Nous avons parlé un peu de la recherche. Le Dr Bois en a parlé. Nous laisserons cela de côté. Je pense que notre problème est le manque de chercheurs, et pas nécessairement le manque d'argent. C'est une nouvelle discipline, l'immunologie, et c'est une nouvelle maladie. Les quelques scientifiques qui travaillent en immunologie ne veulent généralement pas changer leur orientation en vue d'une maladie précise. Je pense que cela viendra, mais comme c'est une situation très neuve, la question n'est pas le manque d'argent; il n'y a simplement pas assez d'applications bien décrites que l'on peut considérer.

La question du traitement maintenant. Nous connaissons tous la cyclosporine. Il existe un certain nombre d'autres médicaments. Il y a HPA-23, pour lequel Rock Hudson est allé à Paris, et il y a un certain nombre d'autres médicaments qui sont à l'essai en ce moment. Aucun n'a jusqu'à maintenant eu d'effets impressionnants. Le problème est que certains ont des effets en ce qu'ils empêchent le virus d'infecter le lymphocyte, mais lorsque vous cessez le traitement, le virus revient et a le même effet parce qu'il ne fait que s'installer ailleurs que dans le lymphocyte, dans le cerveau ou ailleurs, où il devient latent, et revient si d'autres lymphocytes sont infusés, de quelque façon que ce soit, ou injectés ou apparaissent même dans le corps.

La question des vaccins. Je pense que nous sommes encore très loin d'avoir trouvé un vaccin. La nature de ce virus fait qu'il change d'antigénécité ou sa capacité d'infecter très rapidement et si nous pouvions mettre au point une souche de vaccins aujourd'hui ou un vaccin pour traiter les souches actuelles, ce vaccin serait probablement inefficace dans trois mois, parce que les souches auraient trop changé. De toute

[Text]

because of the long incubation period. So I think we are 10 years away from a vaccine.

That really leaves us, in terms of primary prevention, education. Education I think is the only route we have. When I have said publicly that we may have 20,000 cases by the end of this decade, a lot of reporters do not add the rest of the sentence, or I preface it: if the present trends continue. I believe present trends will not continue because I think we can put wide-scale, widely targeted, intensive educational programs under way. I think that is the route we have to go.

We have to involve all levels of government: federal, provincial, municipal. We have to involve non-government organizations, the Canadian Public Health Association, psycho-social groups, social welfare groups, the gay-lesbian associations—all the people who are interested in providing their services and assistance towards what is in effect a lifestyle modification program.

• 1000

The disease is sexually acquired, as I mentioned, or parentally acquired. These are habits, if you will, lifestyles which can be modified. They cannot be modified easily, but can be modified. I think that is what has to happen . . . an approach in which we will create intensive, directly targeted, yet multi-applied educational programs which result in lifestyle modification.

That, ladies and gentlemen, is the way we have to go. I do not believe in the plague we are hearing about, and I believe we have a great deal of work to do in correcting the misconceptions and misinformation the general public has. I am sure you would be amazed at the kind of phone calls and letters we get asking whether you can get it from a toilet seat, sitting on a bus, from a hot-tub, or from being served food by a waiter, a homosexual, or an AIDS patient. This represents a variety of incredibly badly thought-out questions in many respects, but reflects the concern and fear that abound in this country for this disease. This is a very worrying thing because there is a sufficient number of people who are misinformed who have a voice which is large enough now to spread this misinformation. We are getting this plague mentality. I think this is very serious.

Education has to be directed in three ways: to the high-risk groups, to the health care workers and to the general public.

That, Mr. Chairman, is what I would like to say.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Clayton. The Chair would now invite questions directed to either Dr. Clayton, Dr. Bois, or Dr. Liston.

Mr. Frith: I want to focus primarily on two areas. One area of focus is the projected incidence of AIDS so that I can have some handle, Dr. Clayton, on the projected numbers.

[Translation]

façon, même si nous disposions d'un vaccin, il nous faudrait encore environ 5 ans ou plus pour démontrer qu'il fonctionne, à cause de la longue période d'incubation. Je pense donc qu'il faudra encore au moins dix ans avant d'obtenir un vaccin.

Il ne nous reste donc, en termes de prévention primaire, que l'éducation. L'éducation est la seule solution qui reste. Lorsque j'ai affirmé publiquement qu'il pourrait y avoir 20,000 cas d'ici la fin de la décennie, un grand nombre de journalistes ont omis de rapporter le restant de ma phrase: si la tendance actuelle se maintient. Je crois que les tendances actuelles ne se maintiendront pas parce que, selon moi, nous pouvons mettre sur pied des programmes éducatifs intensifs visant un large public. C'est là ce que nous devons nous appliquer à mettre sur pied.

Il faut pour cela que tous les paliers de gouvernement participent: le fédéral, le provincial et le municipal. Il faut aller chercher les organisations non gouvernementales, l'Association Canadienne d'hygiène publique, les groupes psychosociaux, les groupes d'assistés sociaux, les associations de gais et de lesbiennes—tous les gens intéressés à fournir des services et à apporter de l'aide pour ce qui est en fait un programme de modification du style de vie.

Cette maladie est transmise sexuellement, comme je l'ai dit, ou à la naissance. Ce sont là des habitudes, si vous voulez, des modes de vie qui peuvent être changés. Cela n'est pas facile, mais c'est possible. C'est cela qui doit arriver . . . Une approche qui fasse appel à des programmes d'éducation intensifs, ciblés et à applications multiples qui arrivent à modifier les modes de vie.

Cela, mesdames et messieurs, est l'approche qu'il nous faut exploier. Je ne crois pas en cette peste dont on parle et je crois que nous avons beaucoup à faire pour corriger les idées fausses et les mauvaises informations qui sont transmises au public. Vous seriez étonnés d'entendre le genre d'appels téléphoniques et de lire le genre de lettres que nous recevons et dans lesquels on nous demande si on peut attraper la maladie sur un siège de toilettes, dans un autobus, dans un bain, ou, dans un restaurant, par un garçon homosexuel ou une victime du SIDA. C'est là une gamme de questions incroyablement mal formulées, mais cela reflète les préoccupations et les peurs courantes dans le pays à propos de cette maladie. Cela est très préoccupant, parce qu'il y a un assez grand nombre de gens qui sont mal informés qui représentent une force assez importante pour répandre ces mauvaises informations. On en arrive à une psychose de peste. Je pense que cela est grave.

Les programmes d'éducation doivent viser trois secteurs: les groupes à haut risque, les travailleurs de la santé, et le grand public.

C'est là, monsieur le président, ce dont j'aimerais parler.

Le président: Merci beaucoup Dr Clayton. J'inviterai maintenant les gens à poser des questions soit au Dr Clayton, au Dr Bois ou au Dr Liston.

M. Frith: J'aimerais attirer l'attention principalement sur deux questions. D'abord l'incidence prévue du SIDA pour que nous ayons une idée, Dr Clayton, du nombre de cas prévus.

[Texte]

At the present time, we have 369 cases. You have explained that the incidence of our disease of AIDS in Canada lags behind the United States for the reasons you have estimated. You have at least given us some idea why you think the disease is spread from Africa, to Haiti, to New York and to Canada.

The United States government anticipates that in the next 12 months the number of AIDS cases will double, from 13,000 to 26,000. Those are the numbers I have been given. Dr. Gordon Jessamine, an official of the Department of Health and Welfare, our own department, has estimated that by 1988 we could have 10,000 AIDS cases here in Canada.

Why does this discrepancy exist between the numbers? Either way it is a disturbing number—3,600 that you have indicated by the end of 1987. What is happening in terms of the reporting of the disease to make that kind of a difference in estimates?

Dr. Clayton: I guess, Mr. Frith, it is that a lot of these things are quite empirical. You can work them out from different angles. If we say we are two years behind the United States . . . The 14,000 cases will be up to about 15,000 by the end of this year, probably a little more, and if they are increased at 2.5, then they will be up to 30,000, or somewhere between 30,000 and 40,000 by this time next year. That is working with the present 2.5 increase rate.

If we look at our figures . . . let us say we are going have 500 cases by the end of this year, which is close to what it will be. By the end of next year, we would be up to 1,200. By the end of the next year, we would be up to 2,400 to 3,000. That is very close to the U.S.

You can work it out from that point of view or you can say that we have this number of cases in the country. There are 10 times as many who are antibody positive. You can state that in the coming two years, the following will convert to the real disease, and you end up with a similar figure.

You can look at it from many points of view, but you end up with something which is rather empirical. It is an estimation.

Mr. Frith: The experience in Africa, in Rwanda, is rather disturbing. If one takes a look at the incidence of AIDS in that country and the ratio in which it is demographically spread, 1:1 rather than 13:1 as it is here in North America . . . You have mentioned that you do not believe that experience in Rwanda will be translated to the experience we see here in Canada. Is that for cultural reasons?

• 1005

I know that you indicated, in terms of the white man's medicine being spread from village to village by shamans, that kind of thing, with needles, etc.—it would lead you to believe that could never happen here.

Dr. Clayton: I certainly think that is the case. We do not have the same problem with extensive unsterilized needle

[Traduction]

A l'heure actuelle, on connaît 369 cas. Vous avez expliqué que l'incidence du SIDA au Canada est en retard sur celle des États-Unis pour les raisons que vous nous avez données. Vous nous avez donné au moins une certaine idée des raisons pour lesquelles vous pensez que la maladie se répand de l'Afrique, à Haiti, à New York et au Canada.

Le gouvernement américain s'attend à ce que le nombre de cas de SIDA double au cours des 12 prochains mois, passant de 13,000 à 26,000. Ce sont là les chiffres qu'on m'a donnés. Le Dr Gordon Jessamine, un fonctionnaire du ministère de la Santé et du Bien-être, notre propre ministère, a évalué que d'ici 1988, nous pourrions avoir 10,000 cas de SIDA ici au Canada.

Pourquoi cet écart entre les chiffres? Quoiqu'il en soit c'est un chiffre troublant—3,600, selon vous, d'ici la fin de 1987. Qu'arrive-t-il dans le système de déclaration de la maladie pour qu'il y ait une telle différence dans les évaluations?

Dr Clayton: Je crois, M. Frith, que c'est parce que beaucoup de questions sont très empiriques. On peut aborder la question sous différents angles. Si l'on dit que nous sommes deux ans en retard sur les États-Unis . . . Les 14,000 cas s'élèveront à environ 15,000 d'ici la fin de cette année, probablement un peu plus, et s'ils augmentent de 2.5 p. cent, il s'agira de 30,000 ou d'un chiffre entre 30,000 et 40,000 cas dans un an. Cela, c'est en tenant compte du taux d'augmentation actuel de 2.5.

Si l'on regarde nos chiffres . . . disons que nous aurons 500 cas d'ici la fin de l'année, ce qui est près de la réalité. À la fin de l'année prochaine, nous aurons 1,200 cas. À la fin de l'année suivante, nous aurons entre 2,400 et 3,000 cas. Cela se rapproche beaucoup de la situation américaine.

On peut aborder la question sous cet angle ou on peut dire que l'on a un nombre quelconque de cas dans le pays. Il y a dix fois plus de personnes qui ont des anticorps positifs. On peut affirmer qu'au cours des deux prochaines années, ces gens contracteront la vraie maladie et on en arrive à des chiffres semblables.

On peut donc aborder la question sous plusieurs angles, mais les chiffres sont toujours plutôt empiriques. C'est une évaluation.

M. Frith: L'expérience observée en Afrique, au Rwanda, est plutôt troublante. Si l'on regarde l'incidence du SIDA dans ce pays et le rapport dans lequel il est répandu démographiquement, 1:1 plutôt que 13:1 comme c'est le cas ici en Amérique du Nord . . . Vous avez dit que vous ne croyiez pas que l'expérience du Rwanda se reproduira ici au Canada. Est-ce pour des raisons culturelles?

Je sais que vous avez précisé, en ce qui concerne les méthodes des Blancs employées d'un village à l'autre par les chamans, les injections et autres—vous croyez que cela ne pourrait pas se produire ici.

Dr Clayton: C'est certainement mon avis. Nous n'avons pas les mêmes problèmes provoqués par l'administration répandue

[Text]

administration, we do in the intravenous drug user community. We are also better nourished, and I think that is important. Our immune systems are more robust. I think we can withstand it, from that point of view.

But there is still a little nagging in the back of my mind, because there is a slight increase in the disease, we are noticing, with prostitutes in the United States. If this disease is building up its transmissibility and virulence, then it would be a logical place for it to happen, as I mentioned. I said, I do not think it will happen. We know so little about this disease. If we have a mile to go, we have gone about the first 200 yards. We have to make assumptions. I am making an assumption, perhaps because I want to make an assumption, that it is not going to happen.

Mr. Frith: Tomorrow the Canadian Red Cross Society is going to institute the testing of all blood donors, to make sure they are not going to pass on the AIDS virus to any of the recipients of blood transfusions. I would like to ask you if the gay community, or the target group that was responsible for roughly 75% of AIDS in the country, is going to have a separate testing mechanism? The automatic thing might be, if you were gay and worried about whether or not you were carrying the AIDS virus, to go tomorrow to a Red Cross centre, to determine whether or not you have the virus. I just want some educational response on that.

Dr. Clayton: Yes. That is a very important point—indeed, that has already happened. A lot of gay people went to give blood, hoping they would get a test, but the testing had not started. The way we tried to get around that—I think we have got around it—was to ask each province to set up what we are calling alternate testing sites. Now a physician, in virtually all provinces, can see a patient and order a sample, for whatever reason, whether it is for a patient who has a lifestyle that would indicate such a risk, people who have had a lot of blood transfusions, or people who have clinical symptoms and wish to have a diagnostic test. That is also going to be available at about the same time as the Canadian Red Cross Society test. We hope it will stop the gay people, or whoever, sneaking in, if you will, to get a blood test.

The problem the provinces are having is the assurance of confidentiality, both from the Red Cross and from the provincial testing sites. Each province is setting it up in a slightly different way, sometimes including the name, sometimes including, as we have recommended, just a code, whether it be initials and birth date or whatever. That is the problem.

Mr. Frith: Mr. Chairman, I am not going to take up the full 10 minutes because I know others have interesting questions as well to ask, and I am interested in hearing the questions and responses.

[Translation]

d'injections à l'aide de seringues contaminées que dans les milieux où les usagers de la drogue ont recours à des moyens intraveineux. Nous avons aussi une meilleure alimentation, ce que je juge important. Nos systèmes immunitaires sont plus résistants. Nous sommes, à ce point de vue, mieux protégés.

Mais j'ai quand même des inquiétudes, car nous constatons que le nombre de cas a augmenté chez les prostituées aux États-Unis. Si le degré de transmissibilité et de virulence de cette maladie augmente, comme je l'ai mentionné, je crois que les prostituées seraient de parfaites candidates. Mais j'ai précisé que je ne croyais pas que cela se produirait. Nous avons tellement peu de connaissances au sujet de cette maladie. Si nous avons un mille à franchir, nous n'en sommes qu'aux premières 200 verges. Nous devons formuler des hypothèses. J'avance l'hypothèse que cela ne se produira pas, peut-être simplement parce que je tiens à faire une hypothèse.

M. Frith: Demain, la Société canadienne de la Croix-Rouge commencera à faire l'analyse de l'état de tous les donneurs de sang, pour s'assurer que le virus du SIDA ne sera pas transmis à aucune des personnes qui reçoit une transfusion. J'aimerais vous demander si les gais, soit le groupe cible comptant pour environ 75 p. 100 des cas de SIDA au pays, auront à leur disposition un service d'analyse qui leur est destiné? Il serait simple, pour un gai qui se demande s'il est porteur du virus du SIDA, de se présenter à une clinique de la Croix-Rouge pour subir le test. Je veux simplement des renseignements à cet égard.

Dr Clayton: Oui. Cette question est très importante—en fait, cela s'est déjà produit. De nombreux gais se sont rendus à des cliniques de donneurs de sang dans l'espoir qu'on leur fasse subir l'analyse, mais la Croix-Rouge n'avait pas encore commencé les tests. Pour remédier à la situation—je crois que nous y avons remédié—nous avons demandé à chaque province de créer des cliniques d'analyse distinctes. À présent, les médecins de pratiquement toutes les provinces peuvent demander une analyse de sang, pour tout motif qu'ils jugent approprié, que ce soit pour une personne qui court des risques en raison de son mode de vie, pour une personne qui a reçu de nombreuses transfusions de sang ou pour une personne qui a des symptômes de la maladie et désire subir un test pour en diagnostiquer l'origine. Ce service sera accessible au même moment environ que le sera celui de la Société canadienne de la Croix-Rouge. Nous espérons que cela empêchera les gais, ou toute autre personne, de se faufiler, de se glisser, si vous permettez l'expression, pour obtenir un test sanguin.

Les provinces ont des problèmes en ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements, à la fois dans les cliniques de la Croix-Rouge et dans les cliniques provinciales. Chaque province procède d'une façon légèrement différente, parfois en inscrivant le nom et parfois en utilisant un code, comme nous l'avons recommandé, composé des initiales et de la date de naissance, d'un ou autre type. Voilà en quoi consiste le problème.

M. Frith: Monsieur le président, je ne me réserverai pas les 10 minutes car je sais que d'autres personnes aussi ont des questions intéressantes à poser, et j'aimerais entendre les réponses à celles-ci.

[Texte]

The last question I want to put to Dr. Clayton. Dr. Clayton has been involved in this field for a number of years. The people in the witness area have had a lot of experience with this committee over the years, whether dealing with problems such as pension reform, which affected Health and Welfare, or other areas of interest to the Canadian public.

We are now having difficulty in our own communities. I have physicians who are taking up to half an hour of their time to convince families to give transfusions to their relatives. These transfusions are badly needed. You have health workers in this country, who probably are among the most educated of our population, who have a great deal of fear about the way in which the disease is spread. We have instances of people in the medical field in Calgary that have refused to do CPR, we have the same kind of difficulty in Toronto among pathologists dealing with victims of AIDS. There are surgeons who are refusing surgery to victims of AIDS and dentists who are refusing to treat them.

I would like your comment, Dr. Clayton, about how you feel this committee could go about doing a service to the public, because if these numbers are going to increase in the manner you have suggested, it seems to me we are going to have to get out across this country and make sure that the Canadian public really does understand the way in which the disease is spread, how we are going to be able to combat it before we find a vaccine that is going to finally beat the disease.

Dr. Clayton: You are quite right, Mr. Frith. There is this problem. There are people who are withholding medical services. Fortunately, they are few. You hear about the few who do and you do not hear about the 99% who understand and do provide the service. Nevertheless, it is enough that it causes unease and unrest in the other people who read about this sort of thing.

You say, what can we do about it? I am convinced that all of us who have knowledge of this disease, as we do here, can do our part by talking to your constituents, to the people in your groups, whoever, to spread the good news, if you will, or the true news.

• 1010

We will, I hope, continue to provide information, as fast as we can, to target groups such as home-care nursing services, and to the educators in terms of whether a child should go to school and have somebody with AIDS sitting next to him—which of course he should. This sort of information we want to get out and spread as widely as possible through whatever means we can. So I think it is incumbent upon all of us to take part in an education program. That is not much of an answer, Mr. Chairman, but . . .

Mr. Frith: Fair game. Thank you.

[Traduction]

Je veux poser ma dernière question à M. Clayton. Dr Clayton travaille dans ce domaine depuis un certain nombre d'années. Au cours des ans, les témoins ont pu constater comment fonctionne ce Comité, qu'il s'agisse de problèmes liés à la réforme du régime de pension, qui concerne Santé et Bien-être ou d'autres domaines qui intéressent le public canadien.

Nous avons maintenant des difficultés dans nos propres communautés. Il y a des médecins qui doivent consacrer jusqu'à une demi-heure pour convaincre les familles de donner du sang à leurs parents. Ces transfusions sont essentielles. Il y a le cas de certaines personnes du personnel médical, qui comptent sans doute des gens parmi les mieux instruits de notre population, et qui se font beaucoup de souci à cause du mode de transmission de cette maladie. À Calgary, certaines personnes des services médicaux refusent de pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire et, à Toronto, certains pathologistes ont la même attitude envers les victimes de la SIDA. Certains chirurgiens refusent de pratiquer des interventions sur les victimes de la SIDA et certains dentistes refusent de les soigner.

J'aimerais connaître votre avis, Dr Clayton, sur les moyens que ce Comité pourrait prendre pour rendre service au public, car si le nombre de victimes augmente au rythme que vous prévoyez, nous devons, à mon avis, nous assurer que le public canadien comprend réellement comment la maladie peut être transmise et de quelle façon nous allons lutter contre le SIDA jusqu'à ce que nous ayons finalement trouvé un vaccin pour l'éliminer.

Dr Clayton: Vous avez tout à fait raison, M. Frith. Cela cause des problèmes. Certaines personnes refusent de donner des soins médicaux. Heureusement, leur nombre est limité. Nous entendons parler d'eux mais nous n'entendons rien au sujet des 99 p. 100 qui comprennent la situation et continuent de donner des soins. Néanmoins, cela suffit pour gêner et inquiéter les autres personnes qui sont informées par les médias de ce genre de comportement.

Vous me demandez ce que nous pouvons faire? Je suis certain que toutes les personnes qui ont des connaissances relatives à cette maladie, comme nous, peuvent jouer un rôle en parlant aux électeurs, aux personnes dans divers groupes représentés ou à toute autre personne pour leur rapporter les choses correctement.

Nous continuerons, je l'espère, à fournir, le plus vite possible, des renseignements aux groupes concernés comme les personnes qui donnent des soins à domicile et aux enseignants qui doivent savoir si on devrait permettre à un enfant qui souffre du SIDA d'aller à l'école—ce qui devrait évidemment être le cas. Nous voulons, dans la mesure du possible, transmettre ce genre d'information à toutes les personnes concernées par tous les moyens dont nous disposons. Il nous incombe donc de participer aux programmes de conscientisation. Cette réponse est peut-être inadéquate, monsieur le président, mais . . .

M. Frith: Elle est honnête. Merci.

[Text]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Frith. Mr. Young, 10 minutes.

Mr. Young: Oh, I do not need 10 minutes, Mr. Chairman. I simply want to thank you very much for the presentation. It was very helpful, I think, to all members of the committee. Anyone who is interested in getting to the bottom of this I think will have enough information, as you pointed out, to show how this virus is transmitted.

It raises a whole number of side problems, as you indicated—the identification, for example, of an individual. We have read enough in the media about people who have been identified as having AIDS and of the backlash from society—the irrational fear, if you want, against such an individual. They have been discriminated against in housing and medical treatment, and even on the job. I have heard of some people who have been fired as soon as an employer discovers this individual has AIDS. So that raises a whole host of other concerns.

But I have no doubt at all about what you have said and what others have said about what is really required is an educational campaign, a massive one. One of the best communications tools, I think everyone would agree, would be television. It seems to me perhaps that is an area we should be taking a look at. We should be increasing the information to the public perhaps through television and newspaper ads, rather than just by leaflets or the pamphlets you have described, that kind of thing.

Dr. Clayton: You make a good point. We have looked at this. Of course, television promos require a lot of money, which we do not have. Also, it requires time to develop them. And this disease is so dynamic that if we produce something and it takes us a month to do it, a lot of it is out of date by the time it gets on the air. We tried this with a radio tape. It took us three months to get it finalized, and when we finally heard it, it was just useless. That was because the disease, the numbers of cases and the information we had, so dramatically had changed since we produced it.

So I think what we have to do is to create video tapes, and create them quickly and expertly. But it requires resources. I am not here to talk about resources particularly, but we are doing whatever we have done on existing resources, and it is becoming a little overwhelming.

Mr. Young: I appreciate what you are saying. Mr. Frith asked the Research Branch of the Library of Parliament to do some background work on this.

You know, when I take a look at government expenditures on this aspect or rather, I tend to look at the cost benefits of doing something rather than simply the cost. But according to the figures Mr. Frith managed to get for us, the tremendous

[Translation]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Frith. Monsieur Young, vous avez 10 minutes.

M. Young: Je n'ai pas besoin de 10 minutes, monsieur le président. Je veux simplement vous remercier de votre présentation. Vos renseignements ont été très utiles, je crois, à tous les membres du Comité. Toute personne désirant aller au fond des choses aura suffisamment de renseignements, comme vous l'avez signalé, pour expliquer comment ce virus est transmis.

Cela soulève un très grand nombre de problèmes connexes, comme vous l'avez précisé—l'identification, par exemple, d'un individu. Nous avons lu assez d'articles au sujet des victimes du SIDA dont l'identité a été dévoilée et qui en subissent le contre-coup—celui de la peur irrationnelle, si vous voulez, de fréquenter une telle personne. Elles ont été victimes de discrimination en matière de logements et de soins médicaux et même dans le milieu de travail. Certaines personnes ont même été congédiées dès que leurs employeurs ont découvert qu'elles souffraient du SIDA. Il y a donc toute une gamme de problèmes connexes.

Mais, comme vous le croyez et comme d'autres personnes l'ont également précisé, je suis convaincu qu'il nous faut, en réalité, lancer une campagne de sensibilisation, une campagne massive. À mon avis, et je crois que tout le monde sera d'accord avec moi, le meilleur moyen de communication dont nous disposons est la télévision. Je crois que nous devrions peut-être examiner les possibilités à cet égard. Nous devrions diffuser plus de renseignements auprès du public par le biais de la télévision ou des journaux au lieu de se limiter à la distribution de feuillets, comme vous l'avez mentionné, etc.

Dr Clayton: Votre point est valable. Nous avons examiné cette question. Bien sûr, la diffusion des informations par la télévision est fort coûteuse, et nous n'avons pas les fonds nécessaires. Aussi, il faut du temps pour élaborer les annonces et cette maladie est tellement dynamique que si nous prenons un mois pour produire quelque chose, bon nombre des informations seront dépassées lorsque l'annonce sera finalement transmise. Nous avons fait l'essai avec un enregistrement sur bande. Il nous a fallu trois mois pour le terminer, et les renseignements étaient alors déjà inutiles. C'est parce que la maladie, le nombre de victimes et les renseignements dont nous disposions avaient énormément changé depuis le moment que nous avions enregistré la bande.

Je crois donc qu'il faudrait faire des enregistrements sur vidéo. Il faudrait les faire rapidement et avec beaucoup d'adresse. Mais, pour ce faire, nous devons avoir des fonds. Je ne suis pas ici pour aborder la question de fonds, en particulier, mais nous nous sommes limités aux fonds dont nous disposons habituellement et cela sera finalement insuffisant.

M. Young: Je comprends votre situation. M. Frith a demandé au Service de recherche de la bibliothèque du Parlement de lui fournir des données de base à ce sujet.

Vous savez, quand j'examine les dépenses du gouvernement dans un domaine ou un autre, j'ai tendance à analyser les coûts et les avantages plutôt que de me limiter simplement aux coûts. Mais selon les chiffres que M. Frith a réussi à nous

[Texte]

costs involved in treating AIDS are quite substantial. Perhaps if you compared these costs and balanced them with what it is going to cost government or society as against the costs of putting on a massive educational campaign, which may in the long run reduce these costs on the health care system, that may be something the government should be taking a closer look at. Rather than to look just at the dollars that may be involved, and say we cannot afford it, perhaps we cannot afford not to do it is what I am suggesting.

Dr. Clayton: I think you make a good point, because on each case, from diagnosis to death, we have estimated costs at about \$40,000. It is about the same price as a cardiac by-pass operation. And as cases go up, obviously the costs are going to go up. But that is not my decision to . . .

• 1015

Mr. Frith: We will recommend it.

Mr. Young: No, you are absolutely right. It is the politicians' or the members' responsibility to persuade those who hold the purse-strings to loosen them up.

Mme Bertrand: Mes félicitations et merci, docteur Clayton, pour votre exposé.

Pour continuer sur la même ligne de l'éducation et de l'information du public, je pense que nous sommes tous d'accord parce que la méconnaissance ou l'ignorance du problème sème la panique. Je pense que c'est ce qu'il faudrait éviter dans notre pays avant que cela ne devienne aussi grave qu'ailleurs, qu'aux États-Unis surtout. Ma question concerne ce pamphlet. À première vue, tout à l'heure, je me disais que si chaque famille du Canada en avait un, à peu près toute l'éducation, l'information serait faite. Par contre, vous dites que vous avez des préoccupations en ce qui concerne les groupes cibles qui peuvent être atteints et vous avez parlé surtout du groupe bisexuel. Et dans ce pamphlet on identifie les groupes cibles et on dit au public, si vous ne faites pas partie de ces groupes cibles, ne vous inquiétez pas, vous êtes à zéro. Prenant en considération le fait, et les gens du ministère pourront peut-être le dire, que ce pamphlet a été publié en 1984, est-ce qu'aujourd'hui il est encore à jour ou n'y aurait-il pas lieu de faire certaines rectifications?

Dr. Clayton: Yes, it is up to date—you will excuse me if I do not respond in French; I do not have enough—to a point. This one, the green one, was published in March of this year—1985. The blue one, which you may or may not have seen, was from the year before.

We intend to republish this again in the late winter or early spring, and we are just starting to rewrite it. What we will do in the next edition is reinforce that it is a disease you cannot acquire from social and casual contact. We will reinforce that it is a disease of sexual acquisition, it is sexually transmitted, and so forth, and bring the figures up to date, and we will talk

[Traduction]

fournir, les sommes consacrées aux soins des victimes du SIDA sont assez substantielles. Il faudrait peut-être comparer les coûts actuels du gouvernement et de la société et les coûts d'une campagne de sensibilisation massive qui, à long terme, permettra peut-être de réduire les coûts des services de santé. Le gouvernement devrait peut-être accorder plus d'attention à ce point. Au lieu de simplement examiner les coûts et d'affirmer que nous n'avons pas les fonds nécessaires, nous devons peut-être nous dire que nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas lancer de campagnes de sensibilisation.

Dr Clayton: Je crois que votre raisonnement est valable car, pour chaque victime, depuis le moment où la maladie est diagnostiquée jusqu'à la mort de la personne, les coûts estimés des soins s'élèvent à 40,000\$ environ. Cela équivaut à peu près aux coûts d'un pontage. De toute évidence, au fur et à mesure que le nombre de victimes augmente, les coûts augmenteront. Mais je ne peux moi-même décider . . .

M. Frith: Nous allons le recommander.

M. Young: Vous avez entièrement raison. C'est aux politiciens ou aux députés que revient la tâche de persuader ceux qui tiennent les cordons de la bourse de les desserrer.

Mrs. Bertrand: Congratulations and thank you, Dr. Clayton, for your submission.

To keep on with the matter of public education and information, I think we all agree because the lack of knowledge or ignorance can spread panic. That is what we should avoid in our country before it becomes as serious as in other places, especially in the United States. My question refers to that pamphlet. At first sight, just now, I was telling myself that if each family in Canada had one of them, almost all the education and information would be complete. On the other hand, you say you have concerns regarding the target groups that can be affected and you mentioned the bisexual group in particular. In this pamphlet, the target groups are identified, and it tells the people not to worry if they do not belong to those target groups because there is no risk at all. Considering the fact, and perhaps people from the department may be able to tell us, that this pamphlet has been published in 1984, may I ask if it is up to date, or would it require some updating?

Dr Clayton: Oui, il est à jour—aurez-vous l'obligeance de m'excuser si je ne réponds pas en français, je ne le parle pas assez bien pour ça—jusqu'à un certain point. Celui-ci, le vert, a été publié en mars de cette année, 1985. Le bleu, que vous n'avez peut-être pas eu l'occasion de voir, remonte à l'année précédente.

Nous avons l'intention de le republier à la fin de l'hiver ou au début du printemps, et nous commençons justement à retravailler dessus. Dans la nouvelle édition, nous allons insister sur le fait que cette maladie ne peut s'attraper par contact non corporel. Nous allons faire ressortir le fait que cette maladie est transmise sexuellement, et ainsi de suite; et

[Text]

about antibody testing and the blood transfusion. So it is a bit out of date.

Nevertheless, I think the information about the disease is still accurate and it has been widely accepted. It is so like *gateaux chauds*—hot cakes—except we do not sell it, we give it away. We have had 500,000 produced, and we now have another run of 400,000 which we are expecting to come in next week. Those will go very quickly, because we already have a backlog. So about March or February we will have a new one out, up to date.

Mr. Frith: I have a question that I think deserves some sort of answer from Dr. Bois more than from the others, or perhaps from Dr. Liston. It is disturbing to me that... the reports from the French physicians who announced the so-called "miracle cure" three days ago, with cyclosporine, I think have done a tremendous disservice to the medical community. I am sure every AIDs patient in this country, and probably in North America, the day after that came out phoned their family physician and asked where they could get their hands on cyclosporine. I noticed that in the preamble to the testimony this morning there is an indication that we have sent over one of our immunologists to Paris at least to take some view of the "research" that was done on this particular case. What advice do you have for our population here in Canada on that announcement?

• 1020

Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman.

I would not wish to prejudge the results that may have been obtained in France. It seems to have an element of prematurity on it, but nevertheless we have to try and obtain meaningful or significant information.

The difficulty with most of the work of this type—I will not say necessarily just with cyclosporin-A, but with any of the anti-viral agents that are being explored—is that a fair amount of secondary or toxicity is associated with these agents. One has to be concerned that, although you may get some apparent initial success or mediation of the disease, as a therapeutic agent it is not satisfactory because it does not kill all of the virus. When the toxic chemical or drug is stopped you get a recrudescence of the virus and you are left with what is generally an undesirable situation.

I am afraid we may have a long period of exploration, clinical trials, multi-centre trials from a number of companies which will be seeking anti-viral agents that might have desirable and less toxic effects. I tend to believe that this was a premature statement.

Mr. Frith: Thank you.

The Chairman: Dr. Bois, do you wish to add anything on the ethics of researchers?

Dr. Bois: Generally, as you know, researchers are not very good media communicators. In fact, we try very hard to

[Translation]

nous y parlerons des tests anticorps et des transfusions sanguines. Donc, cette publication n'est pas vraiment à jour.

Cependant, l'information sur la maladie n'en demeure pas moins exacte et elle a été reçue par un large public. Ça s'enlève comme des petits pains chauds, à la seule différence que nous ne vendons pas cette publication—nous la distribuons gratuitement. Nous en avons fait imprimer 500,000, et nous attendons pour la semaine prochaine un nouveau tirage de 400,000 exemplaires. Ceux-là aussi s'enlèveront très rapidement parce que la liste d'attente est déjà longue. Donc, vers mars ou même février, la nouvelle mise à jour devrait paraître.

M. Frith: J'ai une question à laquelle c'est plutôt le Dr Bois, ou peut-être le Dr Liston, qui devrait répondre. Je m'inquiète en pensant que... je crois que les rapports des médecins français annonçant, il y a environ trois jours, le soi-disant «traitement-miracle» à la cyclosporine ont rendu un mauvais service au monde médical. Je suis persuadé que toutes les victimes du SIDA de notre pays, et probablement de l'Amérique du Nord, ont, dès le lendemain de la diffusion de cette nouvelle, téléphoné à leur médecin de famille pour savoir où se procurer ce médicament. J'ai remarqué dans le préambule de ce matin que l'on parlait d'un de nos immunologistes qui a été dépêché à Paris au moins pour savoir de quoi il retourne en l'occurrence. Qu'avez-vous à dire à la population canadienne à propos de cette nouvelle?

Docteur A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social): Merci monsieur le président.

Je ne voudrais pas me prononcer prématurément sur les résultats qui peuvent avoir été obtenus en France. Il est encore tôt pour dire quoi que ce soit, néanmoins, il faut tenter d'obtenir les renseignements importants.

Le problème avec la plupart des substances de ce genre—pas forcément avec la cyclosporine. À seulement, mais avec n'importe quel agent antiviral étudié—c'est qu'elles présentent pas mal d'effets secondaires ou de risques de toxicité. Il faut bien se rendre compte que, même lorsque l'on semble, au départ, obtenir des résultats positifs ou guérir la maladie, cet agent n'est pas satisfaisant sur le plan thérapeutique parce qu'il ne supprime pas entièrement le virus. Une fois le traitement arrêté, le virus reprend sa virulence, et le patient se retrouve généralement dans une situation peu enviable.

Je crains que nous n'ayons encore à subir une longue période d'attente ponctuée de recherches, d'essais cliniques, d'essais multiples par un grand nombre de sociétés à la recherche des agents antiviraux apportant les effets désirés et moins toxiques. Je dirais qu'il s'agit d'une nouvelle prématurée.

M. Frith: Je vous remercie.

Le président: Dr Bois, voulez-vous ajouter quelques mots sur l'éthique des chercheurs?

Dr Bois: Comme vous le savez, les chercheurs ne sont généralement pas d'excellents communicateurs. En fait, nous

[Texte]

influence them in order to provide a better knowledge to the public of the kind of research they are doing, but one very good reason for that is the complexity of the work, which is done with a vocabulary that is a bit hermetic. So I would think the trend is usually to the contrary. If in this case there was some publicity—premature or inappropriate—it might be more due to the pressure from the various media who have exerted the necessary request for some declaration.

If Dr. Stiller has been asked to go to Paris, it is because he is working with cyclosporin on a clinical trial at the moment in transplantation so he is one of the few researchers in this country who has a wide experience with the use of this drug. But, as was said a moment ago by Dr. Liston, he knows the limitation of the use of such drugs, their potential side-effects, and the applicability in this pathological situation is certainly to be looked at with enormous care and caution.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Bois. Mr. Young, did you have a supplementary question?

Mr. Young: Just a supplementary. It is really a comment more than anything else.

There was a segment on the *CBC Journal* last night where it was indicated—at least that is how I read it—that really on the cyclosporin the sample was something like six people over a two-day period. I do not know whether that is accurate or not, but that is what I seemed to read into it. It was also stated, and emphasized to some degree, that the only reason they had leaped in there to make this kind of announcement was to indicate that the virus infection was not irreversible and that cyclosporin showed that it could arrest it, whatever else it might do. That is what I read into what the researcher had intended to do. It was unfortunately suddenly displayed as being some kind of miracle cure that had been found overnight.

• 1025

Mr. Young: What it has done . . . and I think Mr. Frith is right. I can imagine all kinds of people calling the medical profession, their own family physicians, asking if this drug would be available to them and . . .

The Chairman: Dr. Clayton, do you wish to respond to Mr. Young?

Dr. Clayton: You are quite right, sir. The trial was done over a seven-day period and two people had shown some improvement. However, I am quite sure that once you withdraw the drug, the effect is no longer going to be valid. One of the problems is that this drug, cyclosporin, is used to suppress the immune system, which is precisely what AIDS does. Although it is worthwhile work and there are good physiological reasons to experiment on it, you have to be very, very careful. First, it is very toxic to the liver and kidney; and second, it produces lymphomas, a cancer of the lymph glands which is one of the things that accompanies AIDS. It may well affect the sarcoma, Kaposi's sarcoma, which goes to the AIDS person, and makes it work. Therefore, you may well be killing somebody before his time. To announce this as a miracle breakthrough within seven days of trial . . . Some repopulation

[Traduction]

faisons l'impossible pour les convaincre de mieux renseigner le public sur le type de recherches qu'ils pratiquent; mais cela s'explique en partie par la complexité de leur travail, qui s'exprime dans un vocabulaire assez hermétique. Aussi, je dirais que la tendance va plutôt dans le sens contraire. Si, en l'occurrence, il y a eu une publicité—prématurée ou inexacte—c'est probablement attribuable en partie aux différents médias qui ont tenté de soutirer quelques déclarations.

Le Dr Stiller a été envoyé à Paris parce que, à l'heure actuelle, comme il utilise la cyclosporine aux essais de greffe, il est l'un des rares chercheurs de notre pays à posséder une vaste expérience de ce médicament. Mais, comme vient de le dire le Dr Liston, il connaît les limites de ce type de médicaments—leurs effets secondaires—et sait qu'avant de les utiliser en cas de maladie, il faut être extrêmement prudent.

Le président: Je vous remercie beaucoup, Dr Bois. Monsieur Young, avez-vous encore une question?

M. Young: Juste une précision. En fait, il s'agit plutôt d'un commentaire.

Hier soir, au journal télévisé de la CBC, on a annoncé—enfin, c'est ce que j'ai cru comprendre—que les essais ont été pratiqués sur six personnes pendant une période de deux jours. Je ne saurais dire si c'est exact, mais il semble bien que c'est ce qu'on voulait dire. Il a même été déclaré, en insistant là-dessus, que ce genre de nouvelle avait pour seul but de faire savoir que cette infection n'était pas irréversible, que la cyclosporine pouvait la stopper, abstraction faite de ses effets secondaires. C'est la façon dont j'interprète l'intention du chercheur. Malheureusement, du jour au lendemain, la découverte a été considérée comme une panacée.

M. Young: Ce qui s'est produit . . . et je crois que M. Frith a raison. Je peux m'imaginer tout le monde en train de communiquer avec les médecins, leurs médecins de famille, et de leur demander s'ils peuvent obtenir ce médicament et . . .

Le président: Docteur Clayton, voulez-vous répondre à M. Young?

Dr Clayton: Vous avez parfaitement raison, monsieur. L'essai a eu lieu sur une période de sept jours au cours de laquelle deux personnes ont pris du mieux. Toutefois, je suis convaincu que si vous cessez la médication, l'effet ne se fera plus sentir. Un des problèmes provient du fait que ce médicament, la cyclosporine, sert à annihiler le système immunitaire, exactement comme le fait le SIDA. Bien qu'il vaille la peine de poursuivre les recherches dans cette voie, et qu'il existe de bonnes raisons physiologiques de le faire, il faut être extrêmement prudent. Tout d'abord, ce médicament est très toxique pour le foie et les reins; deuxièmement, il produit des lymphomes, c'est-à-dire un cancer des glandes lymphatiques qui résulte du SIDA. De plus, la cyclosporine pourrait bien affecter le sarcome, le sarcome de Kaposi, qui se développe chez les personnes atteintes du SIDA et qui entretient la

[Text]

of the lymphocytes is very interesting and very good, and should be pursued, but we can not consider it a miracle cure because of all the other incumbent or attendant hazards that are likely with this drug. It was unfortunate that they decided to climb onto the bandwagon so quickly. It may well be good, and we must continue . . . people must continue trialing this, but the conclusions are very precipitous.

Mr. Young: Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Clayton. Mrs. Browes, you have five minutes; then we will hear from Mr. Lesick.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. I would also like to thank the witnesses very much for giving us this very excellent presentation today. There are a couple of things I would like to direct my questions to, and one is to pick up for a little bit from what Mr. Frith had to say concerning the health professionals themselves. Of the medical, the nurses, and perhaps the dentists, in particular . . . What do you believe the risk factors are in terms of the health professional, in particular the dentist, treating a patient—as a result of the saliva contact?

Dr. Clayton: I think they are very minimal, Mrs. Browes. First of all, virus has been recovered in saliva and in tears, but probably not enough virus to infect somebody. I keep saying, "tears are not enough", and it is not really very funny, but the real essence of this is that there have been no documented cases of anybody acquiring the disease in those settings. No health care worker has got AIDS, except those who have sustained a needle stick injury from accidentally being punctured by a needle which has taken blood from an AIDS patient. There have been three of those—two definite and two perhaps; or one definite and two perhaps. Otherwise, the provision of health care is not a risk factor. We publicly state in our educational material that being antibody positive or having AIDS is not an indication to withdraw services; nor indeed, if anybody has AIDS, is it an indication for him or her to withdraw nursing services, if you follow me. The disease is not passed this way. We have documented about 20,000 cases in this world, and no cases have been transmitted to health care workers—none through casual social contact. You therefore have odds of 20,000:0, and those are good odds.

Mrs. Browes: Thank you. My second question relates to the education aspect and what you would recommend, in terms of money, to be used at the local level. Would you recommend to the department that moneys flow directly to the local units, public health units, through promotion programs and budgets you have, or, would you in fact recommend that moneys go through the provinces and the provinces then direct the money

[Translation]

maladie. Donc, vous pourriez tuer quelqu'un prématurément. Le fait d'annoncer cette découverte comme une percée miraculeuse après sept jours d'essai . . . Une certaine forme de repeuplement des lymphocytes est une intervention très intéressante et très bénéfique qui devrait être poussée, mais on ne peut considérer cela comme un remède miracle étant donné tous les autres effets secondaires que peut produire ce remède. Il est malheureux que cette découverte ait suscité un tel enthousiasme. Le médicament est peut-être efficace et nous devons continuer . . . on doit poursuivre les recherches, mais les conclusions sont très prématurées.

M. Young: Merci.

Le président: Merci, docteur Clayton. Madame Browes, je vous accorde cinq minutes. Ensuite, je donnerai la parole à M. Lesick.

Mme Browes: Merci, monsieur le président. Je voudrais remercier les témoins pour leurs excellentes présentations. Mes questions portent sur un ou deux sujets; tout d'abord, j'aimerais poursuivre sur ce que M. Frith a dit au sujet des professionnels de la santé. Du personnel médical, des infirmières et peut-être des dentistes, en particulier . . . Selon vous, quels sont les risques pour les professionnels de la santé, en particulier les dentistes, qui traitent un patient—par suite d'un contact par la salive?

Dr Clayton: Je pense que les risques sont très minimes, madame Browes. Tout d'abord, la présence du virus a été décelée dans la salive et les larmes, mais probablement pas en quantités suffisantes pour infecter quelqu'un. Je dis souvent que «les larmes ne suffisent pas»; ce n'est vraiment pas très drôle, mais, essentiellement, cela veut dire qu'il n'existe aucun cas précis de transmission de la maladie de cette façon. Aucun travailleur de santé n'a contracté le SIDA, sauf ceux qui ont été piqués accidentellement par une seringue en prélevant du sang d'une personne atteinte du SIDA. Trois cas ont été relevés—deux cas certains et deux cas non confirmés; ou un certain et deux non confirmés. Autrement, les professionnels de la santé ne courent aucun risque. Nous affirmons publiquement dans nos documents d'information que le personnel médical peut continuer de travailler même après avoir obtenu un résultat positif aux tests ou même en étant atteint du SIDA. En réalité, le fait d'avoir contracté cette maladie n'est pas une raison pour cesser de travailler comme infirmière, si vous me suivez bien. La maladie n'est pas transmise de cette façon. À l'heure actuelle, il existe 20,000 cas connus de SIDA dans le monde et aucun travailleur de la santé n'a attrapé la maladie—et celle-ci ne se transmet pas non plus par les contacts sociaux ordinaires. Par conséquent, le facteur de risque est de zéro sur 20,000, ce qui est donc un risque très faible.

Mme Browes: Merci. Ma seconde question porte sur l'information et sur ce que vous recommanderiez, du point de vue financier, pour l'information à l'échelle locale. Recommanderiez-vous au ministère que les fonds parviennent directement aux unités locales, aux unités de santé publique, par l'intermédiaire des programmes d'information et des budgets dont vous disposez? Recommanderiez-vous plutôt que les fonds parvien-

[Texte]

to the local public health units? Which are you recommending?

• 1030

Dr. Clayton: I think I am going to ask my boss to talk about that, Mrs. Browes.

Dr. Liston: Mr. Chairman, through you, the question of how best to provide the information—what mechanisms to use and on what level of involvement—is one we first addressed when we had an ad hoc meeting between the provinces and the federal health department to look at the AIDS problem, and try to effect some co-ordination. We are anticipating having one more such meeting in the relatively very near future. The questions of how to involve the local groups, how to use the multiplier effect from non-governmental organizations, from the local health care units, from the OMHs, and the, sort of, integration of the program, where information should come from and what the level of involvement should be—these are the items which I believe will form part of the discussions in the very near future.

Mrs. Browes: Just one other problem: When would you expect to have some further information which you can give to this committee on that?

And the reason I ask is because, knowing the pressure in terms of money at the local level and in terms of lack of staff, if these cases are going to multiply to the extent where instances come on stream to the extent it appears they will be doing, I think the local units are going to be very hard pressed without having financial assistance quickly.

Dr. Liston: Mr. Chairman, there has been some considerable progress already. There are interfaces; there are provincial AIDS committees which interact with us at the federal level, so the channels of communication are getting better as we have had to use them. I expect that probably by the end of the month—call it the end of this calendar year—we should be in a position to know much more precisely.

Mrs. Browes: Okay. My final question Mr. Chairman, concerns the military. The United States has recently made the decision to test recruits, and I was wondering if you had had any recommendation to the Minister of National Defence concerning testing recruits into the Canadian military?

Dr. Clayton: Mr. Chairman, I addressed the Surgeon General's senior officers—not the Minister himself—about this and have given their a statement and a briefing on AIDS. We discussed why the U.S. military had undertaken these steps, and were very interested in their reasons. My recommendation to them was to not screen. Do not screen on entry and do not screen who are there.

The reasons for that are multifold. First of all, it is just a screening test which tells us antibody; it does not tell us who the person is infecting—all these various things. I do not believe that it is an appropriate thing to do for the military.

[Traduction]

nent aux provinces, qui se chargeraient de les attribuer aux unités locales de santé publique? Que recommandez-vous?

Dr. Clayton: Je pense que je vais laisser mon patron répondre à cette question, madame Browes.

Dr. Liston: Monsieur le président, la question de savoir comment fournir l'information de la meilleure manière—quels moyens employer et à quel niveau—a été étudiée pour la première fois au cours d'une rencontre spéciale entre les représentants des provinces et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada portant sur le problème du SIDA; à cette occasion, nous avons tenté d'assurer une certaine coordination. Nous envisageons de tenir une autre réunion de ce genre dans un avenir relativement proche. Comment faire participer les groupes locaux, comment tirer profit de l'effet multiplicateur des organismes non gouvernementaux, des unités locales de santé, etc., et comment, en quelque sorte, intégrer le programme? D'où l'information devrait-elle venir et quel devrait être le degré de participation? À mon avis, ce sont les questions qui seront étudiées dans un très proche avenir.

Mme Browes: Juste une autre question. Quand estimez-vous pouvoir nous donner plus d'information à ce sujet?

Je pose cette question parce qu'en connaissant les besoins financiers et le manque de personnel à l'échelle locale, je pense que si les cas de SIDA se multiplient de la façon dont il semble qu'ils se multiplieront, les unités locales seront dans une situation très précaire s'ils ne profitent pas rapidement d'un soutien financier.

Dr. Liston: Monsieur le président, des progrès considérables ont déjà été accomplis en cette matière; il existe des mécanismes de liaison, des comités provinciaux du SIDA qui collaborent avec nous, au niveau fédéral. Donc, par voie de nécessité, les échanges s'améliorent. J'estime que vers la fin du mois—disons la fin de l'année—nous serons probablement en mesure de vous renseigner avec plus de précision.

Mme Browes: D'accord. Ma dernière question, monsieur le président, touche le secteur militaire. Récemment, les autorités américaines ont décidé de faire passer des tests aux recrues. Et je me demandais si vous aviez fait des recommandations au ministre de la Défense nationale du Canada à ce sujet.

Dr. Clayton: Monsieur le président, j'ai communiqué avec les hauts fonctionnaires du ministère—mais pas le ministre lui-même—à ce sujet et je leur ai donné des renseignements sur le SIDA. Nous avons déterminé pourquoi les autorités militaires américaines avaient pris cette mesure et nous sommes très intéressés par les raisons qui ont motivé cette décision. J'ai recommandé à mes interlocuteurs de ne pas faire passer de tests aux militaires, ni aux recrues, ni à ceux qui sont déjà enrôlés.

Cette recommandation trouve plusieurs justifications. Tout d'abord, il s'agit simplement d'un test qui permet de déterminer la présence d'anticorps; ce test ne nous dit pas avec qui la

[Text]

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you Mrs. Browes. Mr. Lesick, five minutes.

Mr. Lesick: Thank you, Mr. Chairman. I have just a few simple questions.

It is most fascinating to hear what you have had to say. This is my second round, Dr. Clayton; I have certainly enjoyed it. Tell me: Is the Canadian Red Cross Society is going to start testing for antibodies tomorrow, or in the very near future?

Dr. Clayton: Yes, Mr. Lesick.

Mr. Lesick: Is it only the Canadian Red Cross Society which can test, or can other labs do the same?

Dr. Clayton: Yes. The Canadian Red Cross Society are starting it off; some of them have already implemented it but their final date is tomorrow. And at about the same time, the provinces are going to be offering the same test. So a physician will be able to order that test, have the patient's blood taken by himself, or use the central public health lab of the province, to do the test.

Mr. Lesick: So it is that specific government—the provincial government lab—which will do it and not ordinary laboratories.

Dr. Clayton: That is correct. We have asked each province to designate the laboratories that they would like to have the test licensed to, and sold to them. And most provinces have come back and said they would like it to be the public health laboratory.

• 1035

One or two provinces have suggested they would like to have some university or major laboratories included, but I think what will happen is that the other major hospitals are going to be unhappy with the decision to restrict it to only public health laboratories and they will ask for designation of more labs. I think that is fair enough, because of the research setting aspect rather than the diagnostic service setting.

Mr. Lesick: This is just beginning, of course, so the doctors will know exactly where to send blood for specific samples. If a doctor wishes more information—because this is such a volatile problem—does the doctor know who to contact?

Dr. Clayton: We have provided to each provincial ministry of health what we call a physicians information package. This tells the physician all about the antibody test, what to discuss with the individual before he elects to do it—because you have to tell him what it means and what it might mean—and there are consent forms and legal aspects. Thirdly, we have a section in here that tells him what to discuss with the individual if he is converted and is a positive test. Fourthly, there is a pamphlet

[Translation]

personne est entrée en contact, etc. À mon avis, cette mesure n'est pas appropriée pour les Forces armées.

Mme Browes: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Browes: Monsieur Lesick, je vous accorde cinq minutes.

M. Lesick: Merci, monsieur le président. Je vais poser quelques questions simples.

Il a été très intéressant d'entendre ce que vous aviez à dire. C'est ma deuxième expérience, docteur Clayton, et j'en suis très content. Dites-moi, est-ce que la Société canadienne de la Croix-Rouge va entreprendre son programme de tests demain ou dans un très proche avenir?

Dr Clayton: Oui, monsieur Lesick.

M. Lesick: Est-ce que la Société canadienne de la Croix-Rouge sera la seule à le faire, ou est-ce que d'autres laboratoires pourront faire passer ces tests?

Dr Clayton: Oui. La Société canadienne de la Croix-Rouge commence le processus; certains de ses laboratoires ont déjà commencé à faire des analyses mais, officiellement, le programme commence demain. Et, à peu près en même temps, les provinces feront de même. Donc, un médecin pourra commander ce test, il pourra prélever lui-même le sang de son patient ou confier cette tâche au laboratoire central de santé publique de sa province.

M. Lesick: Donc, est-ce que les laboratoires des gouvernements provinciaux seront les seuls en cause?

Dr Clayton: C'est exact. Nous avons demandé aux autorités des provinces de désigner les laboratoires qui seront les seuls autorisés à faire les analyses. Et la plupart des provinces ont choisi les laboratoires de santé publique.

Une ou deux personnes ont suggéré que l'on désigne quelques laboratoires importants ou quelques laboratoires universitaires. Cependant, je crois que si tel est le cas, les autres grands hôpitaux seront mécontents de voir la tâche confiée uniquement aux laboratoires d'hygiène publique et ils réclameront la désignation de laboratoires additionnels. Je crois que cela serait juste, si l'on tient compte de l'aspect recherche plutôt que de l'aspect diagnostique.

M. Lesick: Ce n'est là qu'un début, bien entendu, ainsi les médecins sauraient exactement où faire analyser les prélèvements sanguins. Si un médecin désire obtenir plus de renseignements—le sujet est si délicat—sait-il où s'adresser?

Dr Clayton: Nous avons fait parvenir à chaque ministère provincial de la santé une trousse de renseignements à l'intention des médecins. Cette trousse renseigne le médecin sur l'épreuve de dépistage des anti-corps, sur les questions à discuter avec le malade avant de décider de lui faire subir l'examen parce qu'il est important de renseigner le malade sur la nature de l'épreuve et sur ses conséquences possibles—aspect légal, formules de consentement, etc. Troisièmement, le

[Texte]

the individual can take home and read at his leisure, because when he hears this news his life is going to be temporarily destroyed, as he feels it.

That has gone out to each province, and we assume they will distribute it to their physicians. We hope they will, but we never tell the provinces what to do; we say here is some information, please do what you wish with it.

Mr. Lesick: How about dentists?

Dr. Clayton: The dental associations are preparing with us a statement for dentists, which will cover the eventualities and circumstances of the dental work.

Mr. Lesick: I am a pharmacist. Do you have these pamphlets for pharmacists?

Dr. Clayton: We have not put them into pharmacies, which we considered when we made this run. We had to make some decisions as to where we should distribute it because of the financial constraints and how many we could get published. We hope we will be able to print a lot more in the next edition. I think pharmacies would be very important and probably one of the priority areas where we would like to put them.

Mr. Lesick: The other thing I would just like to mention is that of course this problem with AIDS is creating fear and people are asking all kinds of questions. I am wondering whether you may not have either a publication or something you can give to the press and say as of October 31 you cannot get AIDS by these different methods: kissing, touching, looking, sitting on a toilet seat, all these things. Because these are the concerns of ordinary people. If they can say, hey, I feel safe about this, it is okay, then you can say look out for these things: you can get it through a break in a mucous membrane or a needle, as you have mentioned.

If these things are spelled out very simply, I think the media might hopefully pick it up. Say he does a column on AIDS—a basic, simple, column—and although this is very good information, the fears of the people are... Here is a new thing—I held a hand or used a toilet seat. I would like to throw it out to you.

Dr. Clayton: We have tried to do that. A few of us speak extensively—more than we probably should about this. I have worked with Canadian Press to make a statement with them, which they do not want to particularly put out in the newspapers but like to distribute among themselves to inform their own people, which I think they are intending to do.

The problem is that people are not prepared to accept this. I get statements like, I want a 100% guarantee that my child is not going to get AIDS if he sits next to one at school. We cannot give them 100% guarantees any more than we can say

[Traduction]

médecin y trouvera une section traitant des sujets à discuter avec le malade, si ce dernier a consenti à subir l'examen et que le résultat s'est révélé positif. Quatrièmement, la trousse renferme une brochure que le malade peut apporter et lire chez lui, parce que, lorsqu'il apprendra la nouvelle, il sera complètement démoralisé.

Cette trousse a été envoyée à chaque province, et nous supposons qu'elles les distribueront à leurs médecins. Nous espérons qu'elles le feront, mais nous ne dictons jamais quoi faire aux provinces; nous leur disons voici des renseignements, faites-en ce que vous en voulez.

M. Lesick: Qu'en est-il des dentistes?

Dr Clayton: Nous sommes en train de préparer, en collaboration avec les associations dentaires, un communiqué informant les dentistes des risques et dangers liés à leur profession.

M. Lesick: Je suis pharmacien. Les pharmaciens peuvent-ils se procurer ces trousse de renseignements?

Dr Clayton: Nous ne les avons pas fait parvenir aux pharmacies, bien que nous y avons songé au moment de cette première impression. Il nous fallait prendre des décisions quant à qui les distribuer en raison des contraintes financières et du nombre que nous pouvions faire imprimer. Nous espérons pouvoir en faire imprimer un plus grand nombre lors du prochain tirage. Je crois qu'il serait très important que les pharmacies les reçoivent et c'est là une de nos priorités.

M. Lesick: J'aimerais parler également de la peur qu'inspire le SIDA, des questions que pose le public. Je me demande si vous ne pourriez pas donner aux journalistes, disons vers le 31 octobre, un document ou un écrit quelconque sur les différentes façons de contracter la maladie—en s'embrassant, en se touchant, se regardant, en s'assoyant sur un siège de w.c., etc. Parce que tout cela préoccupe le commun des mortels. Si les gens peuvent se dire, je me sens en sécurité, il n'y a pas de problèmes, vous pouvez les mettre en garde contre certains dangers puisque, comme vous l'avez dit, la maladie peut être contractée par une déchirure ou une fissure des muqueuses, par une aiguille.

Si ces choses sont dites simplement, j'espère que les média s'en serviront. Supposons qu'un journaliste écrive un article sur le SIDA, un article de base, bien simple—et bien que ce soit là de très bons renseignements, il faut tenir compte des craintes du public... Voici quelque chose de neuf... Il y a quelques jours, j'ai serré une main, je me suis assis sur un siège de w.c., etc. Vous voyez ce que je veux dire.

Dr Clayton: Nous avons essayé de le faire. Quelques-uns d'entre nous parlent beaucoup—probablement trop. J'ai travaillé avec la Presse canadienne à la préparation d'un communiqué qu'elle ne tient pas particulièrement à publier mais qu'elle aimerait distribuer à ses agences afin de renseigner ses gens. Je pense que c'est ce qu'elle va faire.

Le problème est que les gens ne sont pas prêts à accepter ces déclarations. Certains me demandent une garantie absolue que leur enfant n'attrapera pas le SIDA de son voisin de classe qui en est affligé. Il nous est impossible de donner cette garantie,

[Text]

that you are not going to get run over by a truck on the way to school, or get bitten in the schoolyard by a rabid skunk. Those latter two things are more likely than AIDS. So they tell me to stop making bland statements. I say 20,000:0 is not bland. I really do not know what to do next.

Mr. Lesick: Thank you.

The Chairman: Might I be allowed one question of you, Dr. Clayton? You mentioned that all people who acquire the disease succumb to it; I think you said that all persons who acquire AIDS die from it.

Dr. Clayton: Yes, sir.

The Chairman: What about those who show antibodies but who are apparently healthy? Have they not had a subclinical case of that disease such as you get with hepatitis?

Dr. Clayton: Yes, I think that is the case. Certainly if you are antibody positive you obviously have been infected by the virus. There are three stages here. There is the initial viremia that you get, which includes lymph glands and some general malaise, and that is the infection. Now, if the virus is then destroyed by the body we are not sure. I suspect that what might happen is that the genomes of the virus are just lying there not turned on before they affect the lymphocyte, and at some time they can be turned on and start to infect the lymphocyte. Now, we do not know what turns it on. It may be more viruses, it may not be. But then the second stage is ARC, which is AIDS-related complex, in which you get all the symptoms of AIDS without those opportunistic infections, and then finally AIDS. Now, what we think at the moment is that somewhere between 5% and 25% of the people who get infected go on to the full-blown AIDS.

• 1040

Now, the question I guess you are asking is: Can we predict that? What happens to the people who do not go on, the 75% or 85%?

An hon. member: What percentage go on from HTLV-III Positive to full-blown AIDS?

Dr. Clayton: From 5% to 25%. So the remaining group, what happens? Are they carriers and are they infectious? We do not know that. Mr. Chairman, we do not have an antigen test, a viral test, to determine whether individuals have the virus right now. And if we did, what we really would also need is to determine how much virus, because there seems to be a critical dose in which the person becomes infectious or gets the disease, and we do not know enough about it.

The Chairman: Thank you very much. Does that conclude the questioning for today? May I, on behalf of the committee, thank the Minister, who had to leave a little early, but also our three witnesses, Dr. Clayton, Dr. Bois and Dr. Liston, for their very excellent presentations this morning?

[Translation]

pas plus qu'il nous est possible de garantir que l'enfant ne sera pas renversé par un camion en se rendant à l'école, ni qu'il ne sera pas mordu par un chien enragé dans la cour de l'école. Ces deux éventualités sont plus probables. On me demande de cesser de faire des déclarations neutres. Je vous dit qu'un rapport de 20,000:0 n'est pas neutre. Je ne sais vraiment plus quoi faire.

M. Lesick: Merci.

Le président: Docteur Clayton, permettez-moi de vous poser une question. Vous avez dit que tous les gens qui contractent la maladie en succombent; je crois que vous avez dit que tous ceux qui en sont affligés en meurent.

Dr Clayton: Oui monsieur.

Le président: Qu'arrive-t-il à ces gens dont la réaction à l'épreuve de dépistage des anticorps est positive mais qui semblent en bonne santé? S'agit-il d'un cas subclinique comme c'est le cas pour l'hépatite?

Dr Clayton: Oui je crois que c'est le cas. Si votre réaction à l'épreuve du dépistage des anticorps est positive, il est évident que vous avez été en contact avec le virus. La maladie se développe en trois étapes. La première, la virémie initiale touche les glandes lymphatiques et produit un malaise général, c'est l'infection. Nous ne sommes pas sûrs si, à ce moment, le virus n'est pas détruit par le corps. Je crois que ce qui arrive, c'est que les génomes du virus demeurent à l'état latent et à un moment donné deviennent actifs et commencent à s'attaquer aux lymphocytes. Nous ignorons ce qui le provoque. Il se peut que ce soit d'autres virus. La seconde étape c'est le para-SIDA qui provoque tous les symptômes du SIDA mais sans les infections opportunistes, et enfin, c'est le SIDA. À l'heure actuelle, nous croyons que 5 p. 100 à 25 p. 100 des personnes infectées développeront le SIDA caractérisé.

Vous vous posez sans doute la question suivante: pouvons-nous le prédire? Qu'advient-il des autres, des 75 p. 100 à 85 p. 100 dont le mal ne progressera pas?

Une voix: Quel pourcentage des personnes atteintes de HTLV-III développeront le SIDA caractérisé?

Dr Clayton: De 5 p. 100 à 25 p. 100. Qu'advient-il du reste du groupe? Sont-ils porteurs de la maladie et sont-ils contagieux? Nous n'en savons rien. Monsieur le président, nous n'avons pas d'épreuve de dépistage des antigènes, du virus, pour connaître les porteurs du virus à l'heure actuelle. Et si cela était, il nous faudrait également déterminer la quantité de virus, parce qu'il semble y avoir une dose critique qui fait que les porteurs deviennent contagieux ou contractent la maladie, et nos connaissances en ce sens sont limitées.

Le président: Merci beaucoup. Est-ce la fin de la période de questions pour aujourd'hui? Permettez-moi, au nom du Comité, de remercier le ministre qui a dû nous quitter un peu plus tôt, et de remercier également nos trois témoins, les docteurs Clayton, Bois et Liston, de leur excellente présentation ce matin.

[*Texte*]

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[*Traduction*]

La séance est maintenant ajournée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Dr. Alastair Clayton, Director General, Laboratory Centre for Disease Control.

From the Medical Research Council of Canada:

Dr. Pierre Bois, President.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

D^r A.J. Liston, sous-ministre adjoint, direction général de la protection de la santé;

D^r Alastair Clayton, directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie.

Du Conseil de recherches médicales du Canada:

D^r Pierre Bois, président.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 23

Tuesday, November 19, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 23

Le mardi 19 novembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquis
(SIDA))

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Léo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee



MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 19, 1985
(28)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:38 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Douglas Frith, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, and Neil Young.

Alternates present: Tom Hockin and Bill Lesick.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Peter Gill, Director, Bureau of Microbiology, Laboratory Centre for Disease Control.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

The Chairman presented the Tenth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which is as follows:

The Sub-committee on Agenda and Procedure met on Thursday, October 31, 1985 and agreed to make the following recommendations:

1—That in relation to its Order of Reference dated April 22, 1985, concerning the Annual Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984, and its Order of Reference dated September 10, 1985, concerning the Report of the Medical Research Council of Canada, for the fiscal year ended March 31, 1985, the Committee proceed further in its study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and invite the leading experts in that field;

2—That, for the purpose of its study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), the Chairman be authorized to arrange further meetings and to schedule the meetings on a once-a-week basis, for the following occasions:

TUESDAY, November 19, 1985 at 9:30 a.m.

THURSDAY, November 28, 1985 at 9:30 a.m.

TUESDAY, December 3, 1985 at 9:30 a.m.

THURSDAY, December 12, 1985 at 9:30 a.m.

TUESDAY, December 17, 1985 at 9:30 a.m.

3—That, in respect to the said Orders of Reference, after due consideration of the evidence given by the leading experts on AIDS research, the Committee consider, after January 1st, 1986, the opportunity of travelling to Vancouver, Toronto and Montreal for the purpose of gathering more evidence on AIDS.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 19 NOVEMBRE 1985
(28)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 38, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Douglas Frith, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, Neil Young.

Substituts présents: Tom Hockin, Bill Lesick.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: M. Peter Gill, directeur, Bureau de microbiologie, Direction du laboratoire de lutte contre la maladie.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1984 (*voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985 (*voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Le président présente le Dixième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, libellé en ces termes:

(Traduction)

Le Sous-comité du programme et de la procédure s'est réuni le jeudi 31 octobre 1985 et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1—Qu'en ce qui a trait à ses ordres de renvoi du 22 avril 1985 portant sur le Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984 et du 10 septembre 1985, portant sur le Rapport annuel du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985, le Comité poursuive plus avant son étude sur le Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) et invite, pour ce faire, les plus éminents experts en ce domaine;

2—Qu'en ce qui a trait aux travaux du Comité sur le SIDA, le Comité permette au Président de préparer des réunions avec les experts en ce domaine et ce, en raison d'une réunion par semaine, aux heures et dates suivantes:

LE MARDI 19 novembre 1985, à 9 h 30

LE JEUDI 28 novembre 1985, à 9 h 30

LE MARDI 3 décembre 1985, à 9 h 30

LE JEUDI 12 décembre 1985, à 9 h 30

LE MARDI 17 décembre 1985, à 9 h 30

3—Qu'en ce qui a trait auxdits ordres de renvoi, le Comité étudie la possibilité, après étude des témoignages recueillis auprès des experts sur le SIDA, de voyager à Vancouver, Toronto et Montréal, et ce, après le 1^{er} janvier 1986, afin d'obtenir d'autres témoignages à cet effet.

Charles-Eugène Marin moved,—That the Report be concurred in.

Neil Young moved,—That the motion be amended by deleting the words “be concurred in” and substituting the following therefor:

“be amended by adding immediately after the words “on a once-a-week basis” in paragraph 2, the following “with possibly 2 or 3 witnesses”.”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

It was agreed,—That the Report, as amended, be concurred in.

At 9:54 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 9:55 o'clock a.m., the sitting resumed.

Dr. Peter Gill made a presentation and answered questions.

At 11:32 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Charles-Eugène Marin propose,—Que le Rapport soit adopté.

Neil Young propose,—Que la motion soit modifiée en retranchant les mots «soit adopté» et en y substituant ce qui suit:

«soit modifiée en ajoutant à la suite des mots «une réunion par semaine», au deuxième alinéa, les mots «auxquelles assisteront possiblement deux ou trois témoins».»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

Il est convenu,—Que le rapport ainsi modifié soit adopté.

A 9 h 54, le Comité interrompt les travaux.

A 9 h 55, le Comité reprend les travaux.

M. Peter Gill donne un exposé et répond aux questions.

A 11 h 32, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, November 19, 1985

• 0943

The Chairman: The committee will come to order, please.

You will note on your agenda that the first item calls for consideration of the tenth report of the Subcommittee on Agenda and Procedure, for which we need a quorum of eight. We do have a quorum now, so I think we should deal with that while the opportunity is good. I am sure Dr. Gill will allow us to wait for a moment.

The tenth report of the Subcommittee on Agenda and Procedure, I believe each of you has a copy in front of you. It is of a few weeks ago, occasioned by several problems we had getting a quorum and the recess we had more recently.

The Subcommittee on Agenda and Procedure met on Thursday, October 31, 1985, and agreed to make the following recommendations:

1. That in relation to its order of reference, dated April 22, 1985, concerning the annual report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984, and its order of reference, dated September 10, 1985, concerning the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985, the committee proceed further in its study on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), and invite the leading experts in that field.

2. That for the purpose of a study on acquired immune deficiency syndrome (AIDS), the chairman be authorized to arrange further meetings and to schedule the meetings on a once-a-week basis for the following occasions . . .

• 0945

Do you wish me to read those? They are as appears on your printed agenda there . . . beginning November 19 and going up to and including Tuesday, December 17:

3. That in respect to the said Orders of Reference, after due consideration of the evidence given by the leading experts on AIDS research, the committee consider after January 1, 1986, the opportunity of travelling to Vancouver, Toronto and Montreal for the purpose of gathering more evidence on AIDS.

You have heard the report of the subcommittee. Would somebody care to move the adoption of that report?

Mr. Young: On point number two, I see from the notice we received yesterday on the scheduling of witnesses that we only had one witness lined up for each meeting so far. I wonder whether it would expedite things—I am prepared to move an amendment if it would be appropriate—if rather than just scheduling one witness per meeting, if we could bring forward the witnesses we have already talked to and who have agreed to appear, so that we would have two witnesses per hearing.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Mardi, 19 novembre 1985

Le président: Je déclare la séance ouverte.

Vous remarquerez à l'ordre du jour que nous devons d'abord discuter le dixième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, discussion pour laquelle nous avons besoin de huit personnes. Cette condition étant remplie, je pense que nous devrions en profiter tout de suite. Je suis sûr que le Dr Gill voudra bien nous excuser un instant.

Je pense que chacun d'entre vous a un exemplaire de ce dixième rapport sous les yeux. Cela remonte déjà à quelques semaines, mais nous avons eu à plusieurs reprises des problèmes de quorum, ce à quoi est venue s'ajouter la semaine d'ajournement.

Le Sous-comité du programme et de la procédure s'est réuni le jeudi 31 octobre 1985 et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1. Qu'en ce qui a trait à ses ordres de renvoi du 22 avril 1985 portant sur le Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984 et du 10 septembre 1985, portant sur le Rapport annuel du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985, le Comité poursuive plus avant son étude sur le Syndrome d'immuno déficience acquis (SIDA) et invite, pour ce faire, les plus éminents experts en ce domaine;

2. Qu'en ce qui a trait aux travaux du Comité sur le SIDA, le Comité permette au président de préparer des réunions avec les experts en ce domaine, et ce, à raison d'une réunion par semaine, aux heures et dates suivantes . . .

Voulez-vous qu'on lise cela également? Les dates et heures sont indiquées sur l'ordre du jour . . . les séances de travail commenceront le 19 novembre et se dérouleront jusqu'au mardi 17 décembre inclusivement.

3. Qu'en ce qui a trait auxdits ordres de renvoi, le Comité étudie la possibilité, après étude des témoignages recueillis auprès des experts sur le SIDA, de voyager à Vancouver, Toronto et Montréal, et ce, après le 1^{er} janvier 1986, afin d'obtenir d'autres témoignages à cet effet.

Voilà donc le rapport du sous-comité. Quelqu'un veut-il présenter une motion d'adoption à cet effet?

M. Young: J'aimerais revenir sur le point numéro 2; d'après la note d'information que nous avons reçue hier, on n'a prévu qu'un seul témoin par séance. Afin que les choses aillent plus vite—et je suis prêt à présenter un amendement du rapport à cet effet, si c'est nécessaire—il serait peut-être préférable de prévoir deux témoins par séance, et il suffirait pour cela d'inviter les personnes avec lesquelles nous avons déjà pris contact et qui s'étaient déclarées disposées à venir.

[Text]

The Chairman: Mr. Young, I think your idea is a good one. For the benefit of those committee members who did not attend the recent meeting of the steering committee, which was held between 9 and 9.30. this morning, we do have other witnesses the steering committee feels we should hear. We thought it was appropriate that Mr. Young propose this amendment now which, would allow us to hear two witnesses on one day between now and Christmas, rather than just one.

Mr. Marin: Could I suggest that we hear two or more witnesses if it is appropriate?

Mr. Young: Yes. We could leave it up to the discretion of the chairman who could perhaps have a discussion with the witnesses and see how long their testimony will be. If it is appropriate, we could have more than two witnesses per day.

Amendment agreed to

The Chairman: I move that we approve the report of the Subcommittee on Agenda and Procedure of Thursday, October 31.

Motion agreed to

We move on to the second item of the agenda. The order of the day is resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1984, and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985.

We are very pleased today to have with us as a witness Dr. Peter Gill, Director of the Bureau of Microbiology, Department of National Health and Welfare. Dr. Gill, we welcome you.

Dr. Peter Gill (Director, Bureau of Microbiology, Department of National Health and Welfare): Thank you for inviting me.

• 0950

As the director of the bureau in the Laboratory Centre for Disease Control, I suppose I fulfil a national role as the chief public health microbiologist of the country, in one context. The position is, anyway. My liaisons are with the provincial health lab directors on a daily basis, when necessary, and I am responsible for the laboratory components of infectious disease at the national level. From that viewpoint I will address what I perceive to be the AIDS problem from the viewpoint of its being a virus infection in the community. There are certain properties of this virus which make it different from other viruses, and the outcome of that infection has to be viewed differently from how you would view the outcome of any acute virus illness. It is totally different in the concept of the outcome of that infection. Therefore I want to go fairly quickly through what I want to advise you is what is considered to be, by current scientific knowledge, the nature of the infection and what might happen as a consequence of that infection. At any time, please feel free to interrupt and ask questions.

[Translation]

Le président: Monsieur Young, je pense que c'est une bonne idée. Pour la gouverne de ceux d'entre vous qui n'ont pas pu assister à la réunion du comité directeur qui a eu lieu ce matin entre 9 heures et 9h30, j'ajouterais qu'il y a d'autres témoins que nous aimerions également pouvoir entendre. Nous étions donc d'accord pour que M. Young propose cet amendement qui nous permettra d'entendre deux témoins par jour d'ici Noël, au lieu d'un seul.

M. Marin: Pourrais-je proposer qu'il soit possible d'entendre deux témoins ou plus, si nécessaire?

M. Young: Oui. Pour cela, nous pourrions d'ailleurs nous en remettre au président, qui pourrait en discuter à l'avance avec des témoins, pour savoir combien de temps prendra leur témoignage. Dans certains cas, nous pourrions effectivement entendre plus de deux témoins par jour.

L'amendement est adopté

Le président: Je propose donc que nous adoptions le rapport du Sous-comité du programme et de la procédure du jeudi 31 octobre.

La motion est adoptée

Nous passons maintenant au deuxième point de l'ordre du jour. Nous sommes ici pour reprendre l'étude de l'ordre de renvoi du Comité qui porte sur les rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1984, et du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice se terminant le 31 mars 1985.

Nous avons le plaisir de recevoir aujourd'hui le docteur Peter Gill, directeur du Bureau de microbiologie au ministère de la Santé et du Bien-être social. Docteur Gill, nous vous souhaitons la bienvenue.

Le Dr Peter Gill (directeur du Bureau de microbiologie, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci de m'avoir invité.

Ce titre de directeur du Bureau de microbiologie au laboratoire de lutte contre la maladie me confère, en quelque sorte, un rôle national, puisque je suis le premier responsable de la recherche en microbiologie dans le secteur de la santé publique. C'est en tout cas ce qu'indiquerait le titre. Il peut m'arriver, si cela est nécessaire, d'avoir des contacts quotidiens avec les directeurs provinciaux des laboratoires du secteur de la santé, et je suis responsable au niveau national, au sein de notre laboratoire, de tout ce qui touche notamment aux maladies infectieuses. C'est donc de ce point de vue, c'est-à-dire du point de vue de l'infection virale, que je traiterai du SIDA. Le virus en question présente un certain nombre de caractéristiques qui en font un virus à part, qui présente également un tableau clinique différent de celui des autres affections virales aiguës. Voilà pourquoi j'aimerais d'abord, rapidement, vous dire—d'après ce que les scientifiques pensent pouvoir avancer—à quel type d'infection on a affaire, et quelles peuvent en être les conséquences. N'hésitez pas, si vous en avez besoin, à m'interrompre pour me poser des questions.

[Texte]

The AIDS is a syndrome which is the terminal stages of a disease, and it is characterized by opportunistic infections or opportunistic neoplasms. In 1984, in the spring, it was recognized that a virus was the causative agent of that syndrome; a virus infection. The virus is a retrovirus, which means it is an RNA virus which can convert itself into DNA and do wonderful things. It is related to a group of viruses called 'lenti' retroviruses by structure. That final bar-shaped central stained component in the middle of a particle is the actual virus itself, as seen by the electron microscope.

I will diagrammatically go through the infectious process, so you will understand how this virus infects cells. The two components of the virus itself, or the 'virion', as we call it, the virus particle, which has its single strand of RNA... it has two strands of the same type of RNA inside it. It is an enveloped virus—and you will see how it acquires its envelope.

It is relatively radiation resistant. It is sensitive, though, to heat, and is destroyed at 56 degrees for 30 minutes. It is relatively susceptible to drying, but can survive several days at room temperature in the dried state.

It possesses this single strand of RNA, and has a series of genes which code for the viral activity. These are mainly concerned with ensuring replication of the virus, as far as we know, but probably some of those gene products have deleterious effects on the immune system. We do not know too much about that yet.

The host cell which is infected by the virus... those little green markers on the surface of that host cell indicate specific receptors. The target cells for this virus must have receptors for the actual virus particle.

• 0955

So what happens is that the virus particle fuses with the whole cell at those receptor sites and discharges its nucleic acid. The little green triangles are the reverse transcriptases, which are codes for the replication of the virus into its double-stranded DNA form from single-stranded, and that replication process results in linear components of the DNA and circular components of the DNA. Those circular components migrate into the nucleus of the cell.

So now the virus is in DNA instead of RNA, in a double-stranded form instead of a single-stranded form. It integrates right into the chromosomes at random. So now you have the virus inside your chromosomes in your own genetic material now. The virus is now integrated, and it is called the provirus. You can see that the red represents what is inside those chromosomes there, those little red markers. It contains the same gene sequence as it had in the RNA, and from that position, it codes for the viral proteins and you get production of virus products and also codes for the new virion RNA.

[Traduction]

Lorsque l'on parle du SIDA, on parle de l'état final d'une maladie, qui se caractérise par l'apparition d'affections et de néoplasmes secondaires. En 1984, au printemps, on a isolé le virus responsable du syndrome infectieux; il s'agit donc d'une infection virale. Il s'agit d'un rétrovirus; c'est-à-dire d'un virus ARN, qui peut se transformer en virus ADN, dont les performances sont assez étonnantes. Sa structure permet de l'assimiler aux lanti-rétrovirus. Ce que vous voyez là, cette tache en forme de barre, au milieu de la particule, c'est le virus à proprement parler, comme permet de le découvrir le microscope électronique.

Je vais vous faire un tableau du processus infectieux, pour que vous compreniez comment le virus attaque la cellule. Le virus lui-même, ou le virion, présente une seule chaîne ARN... il y en a deux du même type à l'intérieur. C'est un virus à enveloppe; vous verrez comment cette enveloppe lui vient.

Il est assez résistant aux radiations, mais il est sensible à la chaleur, et il suffit de le maintenir 30 minutes à 56 degrés pour provoquer sa destruction. Il est assez sensible à la dessiccation, mais peut survivre ainsi plusieurs jours à la température de la pièce.

Voici donc la chaîne unique d'ARN, avec toute une série de gènes qui portent les codes responsables de l'activité virale. Dans l'état actuel des connaissances, on pense que ces gènes servent surtout à la reproduction du virus, mais il est probable qu'ils ont également des effets destructeurs sur le système immunitaire. C'est un domaine qui n'est pas encore très bien connu.

La cellule d'accueil qui va être infectée par le virus... ces petits points verts à la surface de la cellule indiquent la présence de récepteurs spécifiques. Lorsque le virus attaque une cellule, l'activité virale peut s'exercer s'il y a des récepteurs.

Ces récepteurs permettent au virus de fusionner avec la cellule, et d'y déverser son acide nucléique. Vous voyez des petits triangles verts, qui sont l'image inversée de ces codes qui permettent au virus de se reproduire avec une chaîne ADN double, à partir de la chaîne simple, et ce processus de reproduction donne naissance à des composantes linéaires et circulaires d'ADN. Les composantes circulaires envahissent ensuite le noyau de la cellule.

On peut constater maintenant dans le virus la présence d'une chaîne ADN au lieu d'ARN, c'est-à-dire double au lieu de simple. Cette double chaîne hélicoïdale s'intègre ensuite au hasard aux chromosomes. Le virus est alors installé à l'intérieur de ces derniers, c'est-à-dire dans votre matériel génétique lui-même. Le virus, sous cette forme, s'appelle alors provirus. C'est ce que vous voyez en rouge sur l'image. On a affaire au même matériel génétique que dans la chaîne ARN, et à partir de là, on dispose d'un code grâce auquel apparaissent des produits viraux de toutes sortes, dont des protéines virales, et qui permet également la production d'un nouveau virion ARN.

[Text]

So two functions occur in that provirus. The replication mechanism is coded inside the cell and the new viral nucleic acid is coded by that, and this takes place from within the chromosome of the cell. As you get these virus products formed, they migrate to the cell surface and they bud off at the cell surface as new virions. So you have an infected cell here, coding for virus products, the migration to the cell membrane, the envelope of the cell, and then you get a new virus particle formed which contains components of the cell membrane.

The virus, unlike the other RNA tumor viruses, is cytopathic; it destroys the cell. In the RNA tumor viruses, like the leukemia viruses, you get a prolific response to that infection, and you get a cell which can bud off a virus and stimulate the cell to divide even faster, and you get a leukemia.

In this kind of RNA virus infection, you get a destruction of the cell. So it is a cytopathic event which results in other healthy cells fusing to the infected cell, getting viral proteins inside them and viral nucleic acid, and you get giant cell formation, multiple-cell components fusing together with an infected cell, and you get a destruction of cells that way. So you get a destructive effect of the cell.

So it is very important to recognize that the virus is coding for its activity from within your own genetic information. It is integrated there and causing this effect.

This is a model of the cell membrane in which the virus itself inserts into the infected cell membrane its own protein components. It replaces some of the normal proteins of the cell, inserts its own, and some of these are expressed on that membrane as viral antigens which your body recognizes and for which it produces antibodies.

This is a non-infected cell which we can culture *in vitro* in the test tube. If we stain with a specific antibody directed to the virus with a fluorescent tag on, the virus-infected cells show up with little yellow lines on the surface showing that these virus infected cells. This is the basis for one of the verification tests which I will come to later on. But just remember that this is a way we can detect virus-infected cells, by using a specific antibody directed to the virus surface which will light up cells which are infected using a fluorescent tag.

Now, the main component in the viral infection is in the immune system. The target cell, that whole cell, we recognize—or at least initially we recognized—as being a T₄ lymphocyte or a helper cell in the immune system. That is a cell which contains those very specific receptors which allow the virus to infect it. So within the immune system, which is very complex, cells arise from the bone marrow to give you cells which are processed through the thymus to give a T-cell system, and cells which are processed through the gut-associated lymphocytic tissue give you a B-cell. You have two major cellular components, and amongst all those are cells which produce soluble factors which control the immune system. The immune system is basically there to ensure that the body is a homeostatic mechanism, to ensure that the body

[Translation]

Le provirus a donc deux fonctions. Le mécanisme de reproduction est codé et se trouve à l'intérieur de la cellule, c'est ce code également qui permet à la production d'acide nucléique de s'effectuer, et tout cela se passe à l'intérieur du chromosome cellulaire. Ces productions virales se transportent ensuite à la surface de la cellule et y deviennent de nouveaux virions. Voilà donc ici une cellule infectée, la codification des produits viraux, la migration vers la membrane cellulaire, et la formation de nouveaux virus qui contiennent des éléments de la membrane cellulaire.

Le virus, à la différence des autres virus ARN des tumeurs, est cytopathogène; c'est-à-dire qu'il détruit la cellule. Dans le cas des virus ARN qui sont à l'origine des tumeurs—comme également dans le cas de la leucémie—vous avez une réponse par prolifération, c'est-à-dire que la cellule réagit par scission au fur et à mesure de la prolifération virale, et c'est ce qui vous donne la leucémie.

Dans le cas de l'infection par virus ARN, on aboutit à une destruction de la cellule. C'est donc un événement cytopathogène; les cellules saines viennent fusionner avec la cellule affectée, les protéines virales et les acides nucléiques s'y déversent à leur tour, on obtient des formations cellulaires gigantesques, des ensembles multicellulaires venant fusionner avec la cellule infectée; voilà comment se déroule le processus de destruction cellulaire.

Il est donc bien important de retenir que la codification de l'activité virale se fait de l'intérieur de votre propre matériel d'information génétique. Cela ne fait qu'un, et voilà le résultat.

Voici un exemple de membrane cellulaire que viennent attaquer les composantes protéinées du virus lui-même. Le virus finit par remplacer les protéines de la cellule par les siennes, et on les retrouve ensuite sur la membrane, comme antigènes viraux que votre corps reconnaît, et auxquels il réagit par production d'anticorps.

Voici une cellule qui n'est pas affectée, dont nous faisons la culture *in vitro*, dans un tube à essai. Nous pouvons alors marquer, grâce à un produit fluorescent, l'anticorps produit en réponse à la présence du virus; la cellule infectée présente alors des petites lignes jaunes à sa surface, auxquelles on reconnaît donc la présence du virus. Voilà donc comment nous pouvons vérifier qu'il y a bien infection. J'y reviendrai. Souvenez-vous simplement que nous arrivons à détecter les cellules infectées grâce à ce procédé de coloration fluorescente des anticorps.

La cible principale de cette infection virale est en fait le système immunitaire. La cellule visée, toute cette cellule—c'est du moins ce que nous avons d'abord constaté—est un lymphocyte du type T-4, qui joue un rôle d'inducteur du système immunitaire. C'est une cellule qui offre ces récepteurs spécifiques permettant au virus de s'installer. À l'intérieur de ce système immunitaire, qui est très complexe, des cellules sont produites par la moelle des os, qui se transforment ensuite—grâce au thymus—en une population de cellules T, que le tissu lymphocytaire de l'intestin transforme ensuite en cellules B. Il y a deux principaux composés cellulaires, parmi lesquels se trouvent des cellules qui produisent des facteurs solubles contrôlant le système immunitaire. Le système immunitaire existe principalement pour assurer que le corps soit un

[Texte]

recognizes foreign material but does not recognize or destroy itself. So it has to differentiate between foreign and self all the time, and once you get a virus-infected cell, that cell becomes foreign because of the surface of viral components. The immune system targets that and destroys it.

• 1000

So you have in the target cell the combination of all these factors, many factors, and we unfold new ones every year, which ensure that that immune system is held in balance, that it does not go wrong and that it will destroy foreign material—bacteria, invaders. Tumour cells which arise in the body will be destroyed through various activities of that immune system.

In a closer look at it, in terms of that T-helper cell, the H-cell, the red H on the left of the T-cells, that is the target cell for the virus, and that has a specific role to play in the recognition of foreign material and the switching on of that immune system. The system is controlled by a suppressor cell, the S-cell, which ensures that you do not get an overproduction of things to control that particular invading agent.

And the key role it plays is on the right-hand side, where you see that sort of lobster claw; adjacent to that, to the left of it, is your activated T-helper cell. The role of this T₄ cell, this helper cell, is to pick up from a macrophage the foreign body, the foreign antigen, and present it to the antibody synthesizing cells; switch them on to produce antibodies specifically to the foreign agent. It plays an absolute pivotal role in the immune system and that is the very cell this virus targets. That is the very cell this virus heads for right away and destroys. So this is why we end up with an immunodeficiency.

Now, in terms of the infectious process in the person, I do not know whether you can see everything here, but essentially you have an exposure of a person to this virus through some means, and the roots of transmission are sexual. I have separated parenteral and percutaneous to emphasize that haemophiliacs, blood transfusions, and people who abuse drugs by inoculation of drugs into the tissues are more heavily exposed than other means.

However, because it is a virus and because you can become exposed through abrasions or sores, it is possible that the virus could be taken up through damage to the surface of the skin through weeping sores or cuts and wounds in the flesh. It is also transmitted maternally through the placenta to the offspring.

In terms of other routes, which are currently considered to be unknown, something like 3.7% of the AIDS cases in the United States have no known route of transmission. They are still unknown. They are not identified, but that, of course, is not always easy to get at in terms of questionnaires and the response of people. With regard to their sexual lifestyle, people may not want to confess what they have been doing. People who are drug abusers may not want to confess this and may insist

[Traduction]

mécanisme homéostatique, pour voir à ce qu'il reconnaisse les matières étrangères sans se reconnaître ou se détruire lui-même. Il doit donc constamment pouvoir différencier entre les matières étrangères et ses matières propres; et dès qu'il se crée une cellule infectée par un virus, elle devient étrangère à cause de la surface des composés viraux, et le système immunitaire la repère et la détruit.

Donc, la cellule cible renferme tous ces nombreux facteurs, et nous en découvrons d'autres chaque année, qui assurent l'équilibre du système immunitaire, qui voient à son bon fonctionnement et à ce qu'ils détruisent les matières étrangères—c'est-à-dire les bactéries et les éléments envahisseurs. Les cellules tumorales qui sont créées dans le corps sont détruites par les diverses activités du système immunitaire.

Si on regarde de plus près, maintenant, on voit le lymphocyte T inducteur, ou simplement lymphocyte inducteur, le H en rouge, à gauche des cellules cibles du virus. Ce lymphocyte inducteur a un rôle précis à jouer dans la détection de matières étrangères et le déclenchement du système immunitaire. Le système est contrôlé par un lymphocyte T suppresseur, qui empêche la surproduction d'éléments destinés à contrôler l'agent envahisseur particulier.

Et son principal rôle est à droite, où on voit l'espèce de pince de homard; à côté de cela, à gauche, vous voyez le lymphocyte T inducteur activé. Le rôle de ce lymphocyte inducteur est de repérer dans un macrophage la substance étrangère, l'antigène étranger, et de le soumettre aux cellules synthétisantes des anticorps qu'il déclenche pour qu'elles produisent les anticorps nécessaires pour éliminer l'agent étranger en question. Le lymphocyte inducteur joue un rôle capital dans le système immunitaire, et c'est précisément lui que ce virus attaque. C'est le lymphocyte inducteur que ce virus recherche et détruit. C'est ce qui cause l'immuno-déficience.

Pour ce qui est du processus infectieux chez la personne—je ne sais pas si vous voyez tout comme il faut—généralement, la personne est exposée au virus d'une manière ou d'une autre, la transmission se faisant surtout par voie sexuelle. J'ai séparé la transmission parentérale de la percutanée pour souligner le fait que les hémophiles, les gens qui reçoivent les transfusions sanguines, et les toxicomanes qui font usage de drogue intraveineuse courent le plus de risques de contamination.

Toutefois, comme il s'agit d'un virus auquel il est possible de s'exposer par des abrasions ou des plaies, il est possible de le contracter par des plaies ouvertes ou des blessures. Les femmes enceintes peuvent également le transmettre au fœtus par le placenta.

Quant aux autres voies de transmission, qui sont actuellement inconnues, environ 3,7 p. 100 des cas de SIDA aux États-Unis ont été contractés par voies inconnues. La source du virus n'a pas encore été identifiée, mais c'est souvent dû au fait que les gens ne répondent pas aussi honnêtement qu'ils le devraient aux questionnaires. Les gens hésitent souvent à révéler leurs activités sexuelles. Les toxicomanes ne veulent pas avouer qu'ils le sont et peuvent soutenir fermement qu'ils ne peuvent

[Text]

that they have no such exposure. Although there is roughly 4% of no known transmission, we still keep in mind that there may be other routes of transmission which will unfold in certain circumstances.

Recently there was a report in the British CDR that a home-care worker, looking after an AIDS patient, who was not defined as an AIDS patient at the time, has subsequently come down with AIDS. She had weeping sores on her hands when she was looking after him. She was exposed to body fluids while taking care of this sick person in the home. This person had no nursing training; therefore, it is assumed that from the weeping eczema on her hand, she became infected from handling the patient.

Mr. Frith: Dr. Gill, I would like to interrupt at this stage. When Dr. Clayton appeared before the committee, he indicated, I think, four or five methods of transmission. Largely, I guess the ratio is 13:1 it is homosexual; then there were heterosexual males; you had blood transfusions, which is your drug addicts. This is the first we have heard where you are implying that you can now contact AIDS through other methods than those first three. I just want to make sure I heard that.

• 1005

Dr. Gill: What I am saying is there is still a group of unknowns which we have not fully defined, but the percutaneous, through the lesions on the skin of this woman in England, came up the day after I gave a talk of this nature in which I was saying there was no known evidence that a health care worker ever seroconverted that way or became sick and developed AIDS. This report came out the day after, in which they claimed she had AIDS and that it was probably a result of nursing a patient with open sores on the skin. This is the only one that I know of. Maybe it is the exception that proves the rule. But considering all the health care workers who have been exposed over the last four years, we do not have... , except three cases of exposure to needlestick injuries.

So the infectious process exposure results in persons who become infected... , exposure to an infectious dose, we do not know the infectious dose by the different routes of transmission. We really do not know the answer yet of how much virus is required by a given route of transmission to cause an infection. We do not know that answer.

But following infection, you can get an antibody response in people. In other words, the body reacts and forms an antibody prior to any events taking place which results in destruction of the immune system, in most cases. And following infection, for a period of months to years, a person can live with the infectious agent, can have antibody present and be a carrier, or else at some point an event is triggered which results in destruction of the immune system.

There is another story coming up now in this, and that is, perhaps independently of infection resulting in destruction of

[Translation]

l'avoir contracté de cette façon-là. Bien que, pour l'instant, environ 4 p. 100 des cas sont de sources inconnues, nous n'oublions pas que d'autres voies de transmission pourront être révélées dans des circonstances particulières.

Dernièrement, un rapport du *Centre for Disease Research* de la Grande-Bretagne faisait état du cas d'une travailleuse sociale qui s'occupait d'un malade du SIDA que l'on n'avait pas encore diagnostiqué comme tel, qui a elle-même contracté le SIDA par la suite. Elle avait des plaies ouvertes sur les mains pendant qu'elle le soignait et elle a été exposée à ses liquides organiques pendant qu'elle s'occupait de lui à la maison. Cette personne n'avait aucune formation en nursing. On suppose qu'à cause des plaies ouvertes qu'elle avait sur les mains, elle a été contaminée par le patient.

M. Frith: Docteur Gill, excusez-moi de vous interrompre. Lorsque le Dr Clayton a comparu devant notre Comité, il nous avait parlé, si je ne m'abuse, de quatre ou cinq méthodes de transmission. Je crois que le rapport entre les victimes homosexuelles et hétérosexuelles est de 13 contre 1; suivent ensuite les hommes hétérosexuels, puis les toxicomanes qui utilisent des drogues intraveineuses. C'est la première fois que nous entendons dire qu'il est possible de contracter le SIDA d'autres façons que ces trois-là. Je voulais m'assurer de vous avoir bien compris.

Dr Gill: Je disais simplement qu'il y a encore un groupe de facteurs inconnus que nous n'avons pas encore tout à fait isolés, mais le cas de contamination par lésions percutanées, le cas de la femme en Angleterre, m'a été présenté le lendemain d'une conférence que j'avais donnée et où je disais que jamais un travailleur social n'avait été victime de séroconversion de cette façon, ou n'avait contracté le SIDA. Le lendemain de ma conférence, j'ai vu le rapport où on disait que cette femme avait probablement contracté le SIDA après avoir soigné un patient avec des plaies ouvertes sur les mains. Mais c'est le seul cas que je connaisse. C'est peut-être l'exception qui confirme la règle. Cependant, avec tous les travailleurs de la santé qui ont été exposés à cette maladie depuis quatre ans, il n'y a eu que trois cas de contamination, et ils étaient dus à des piqûres d'aiguille.

Mais nous ne connaissons pas la dose infectieuse pour chaque voie de transmission différente. Nous ne connaissons pas encore la concentration du virus nécessaire pour causer une infection par les diverses voies de transmission.

Mais suite à l'infection, les victimes réagissent en produisant des anticorps. En d'autres termes, dans la plupart des cas, l'organisme crée un anticorps tant que le système immunitaire n'a pas été détruit. Et après l'infection, la victime peut vivre avec l'agent infectieux pendant des mois ou des années, elle peut produire des anticorps et être porteuse du virus ou, à un moment donné, quelque chose se produit qui déclenche la destruction du système immunitaire.

Une nouvelle théorie veut maintenant qu'à part la destruction du système immunitaire causée par l'infection, il peut

[Texte]

the immune system, one can have the virus target directly on the central nervous system, in the cells of the central nervous system. So there is some increasing evidence now that the central nervous system may also be a target area directly for the virus.

Following exposure then, and evidence of infection, one can become a carrier of the virus; one can be healthy. We do not know of any evidence of recovery where the person has loss of virus. Given that the virus is integrated into the genetic system, it is very unlikely that people will ever lose the potential for expressing virus activity. I think this is important to recognize.

So the assumption right now is that once you are infected, you are virtually infected for life, until we see any evidence differently to that. During this period of infection, or healthy carriage, it is possible that you will get mild lymphadenopathies, etc., but still remain healthy. You may get mild disease; or else you will on to a loss of immune function and the expression of opportunistic infections or opportunistic neoplasms which we call AIDS. The terminal stages of this infection is AIDS.

That is our current understanding of the actual events and the status of people who are infected. Just recently, a rather unpleasant account of an infection in Montreal was given to me, in which a mother had twin babies, baby boys, and one of the babies was born with AIDS. It was classified as AIDS. It had neurological problems. It had no antibody though; and at death at six months, it was shown to have the virus in the brain. And during that period of time it also developed pneumocystis carinii pneumonia and died.

• 1010

The twin boy at eight months was checked out in the hospital and was shown to be healthy. Its antibody responses were normal. Its helper-suppressor cell ratio was high—over 2, very good—and it was antibody negative for the virus. There is no evidence that child was infected at all. Then in the last three weeks that child has now come into hospital with neurological disorders. It is now antibody positive. It is obviously infected with the virus. But for 13 months there was no evidence . . . one assumes it was integrated, had not popped out, had not started, been treated, to whatever response it may be triggered by, to start an infectious process in the host which resulted, in this case, in primarily targeting the nervous system. So there is brain atrophy in this child. The child is slow and the child is obviously sick, and it has taken 13 months for that virus even, one assumes, from being exposed *in utero*. Now both parents are antibody positive; they are both assumed to be infectious, unless it has been acquired during that period of time from one of the parents. But that would be another route of transmission which we assume does not take place in normal household contacts between parents and children.

So again, the unfolding story of this infection is that every month or so we hear new lines of evidence for the serious nature of this infection. And the evidence which reflects on the

[Traduction]

arriver que le virus s'attaque directement aux cellules du système nerveux central. Il est de plus en plus évident que le système nerveux central peut également être attaqué directement par le virus.

Donc, après avoir été exposé au virus et avoir développé une infection, il est possible de devenir porteur tout en étant en santé. Nous n'avons jamais vu de guérison lorsque la personne ne manifeste plus les symptômes du virus. Étant donné qu'il est intégré au système génétique, il est très peu probable que le virus ne devienne jamais actif chez les victimes. Il est important de le comprendre.

Donc, pour l'instant, la théorie est qu'une fois contaminé, on le demeure pour la vie, tant qu'on n'aura rien découvert pour changer la situation. Pendant la période de contamination, ou pendant qu'on est porteur, mais en santé, il est possible d'être atteint de lymphadénopathie bénigne, etc., tout en conservant la santé. Il est possible de contracter des maladies bénignes ou de progresser jusqu'à perdre ses fonctions immunitaires et tomber victime d'infections ou de néoplasmes à germe opportuniste, qu'on appelle communément le SIDA, et qui est l'étape terminale de cette infection.

C'est comme ça que nous comprenons en ce moment la chronologie de la maladie et le statut de ses victimes. Dernièrement, un cas assez triste de contamination est survenu à Montréal. Une femme a donné naissance à des jumeaux, des garçons, dont un est né avec le SIDA. Il avait des problèmes neurologiques attribués au SIDA. Cependant, il n'avait aucun anticorps; lorsqu'il est mort, à l'âge de six mois, on a découvert qu'il avait le virus au cerveau. Et, pendant sa courte vie, il a également contracté une pneumocystose, dont il est mort.

À huit mois, son jumeau a subi un examen médical à l'hôpital, après quoi on l'a déclaré en santé. Sa production d'anticorps était normale. Le rapport entre les lymphocytes inducteurs et suppresseurs était élevé—plus de deux, ce qui est excellent—et il n'avait aucun anticorps pour le virus. Rien ne prouvait que cet enfant était contaminé. Puis, depuis trois semaines, l'enfant est à l'hôpital avec des troubles neurologiques. On lui a également découvert l'anticorps. De toute évidence, il a le virus. Mais, pendant 13 mois, rien ne le prouvait . . . Il faut supposer qu'il était intégré et qu'il n'était pas actif, qu'il n'avait pas déclenché le processus de contamination des cellules hôtes qui, dans ce cas, s'est attaqué essentiellement au système nerveux. Le cerveau de cet enfant est atrophié. Il est arriéré mentalement et manifestement malade, et il a fallu 13 mois à ce virus pour se déclencher, même si l'enfant l'avait contracté par exposition intra-utérine, comme nous le supposons. Les deux parents ont les anticorps; nous supposons qu'ils sont tous les deux contagieux, à moins que l'enfant n'ait contracté le virus d'un de ses parents pendant cette période. Mais c'est là une autre voie de transmission qui n'a pas lieu par les contacts normaux entre parents et enfants.

Donc, encore une fois, presque chaque mois, la gravité de cette maladie nous est encore confirmée. Mais nous ne connaissons pas encore les facteurs qui déclenchent ce virus,

[Text]

basic property of that virus—that is, that it integrates into your chromosomal material and is triggered to come out—under what factors we do not know.

So in this story the question is this: In those healthy people there, what controls that virus so it does not express itself in a deleterious manner? The corollary of that is what triggers the virus, then to go for the immune system or the nervous system? These are answers we do not have. These are the areas of investigation which, in my opinion, we should target as a particular concentrated area of investigation. This will give us some answers to the whole process of the virus infection and its deleterious effects on the host.

Now to get onto some sort of matter of facts in terms of adults in the United States receiving blood, something like about 0.4 per 100,000 of the population were AIDS-related to that blood transfusion in December 1984, and that has approximately doubled by October 1985.

Given the fact that this virus can sit around for months to years and not express itself in the host in any deleterious manner but that the person can still be infectious, we would expect that both in Canada and the United States over the next four to five years there will be a lot more transfusion-related cases occurring.

The mean incubation time estimated from the current transfusion-related cases in the United States from exposure to AIDS to frank AIDS—the terminal stage of the disease—is now five years, so one can expect over a period of time. And until the American blood banking system introduced the test, all those persons who were infected and donating and were not screened out will have had the opportunity to give infected blood, and the time for that to show in the recipient can be an average of five years.

As to what really might happen in terms of exposure in these people receiving one unit of blood—if it is infected blood one assumes they have got obviously an infectious dose from a unit of blood—the nurse in England, the one health care worker who got an arterial or a venous line somehow into her skin accidentally, was followed obviously right away in terms of her response. Within some time between 27 and 45 days that person seroconverted, which is that they mounted an antibody response and also developed a mild lymphadenopathy. That is, the lymph glands were swollen and she became mildly sick. As far as I know she is currently healthy. One assumes, though, that she is infectious. She has been infected and the incubation time from exposure to expression of true infection within that person seems to be around four to six weeks. So that is what we expect persons who get infected to require before they can be identified as being infectious.

• 1015

In terms of the presence of the virus in circulation, the best way to identify that virus is actually to recover cells from people—that is the more sensitive way—and grow these cells in the laboratory with target cells which we have and show that the virus can infect those target cells.

[Translation]

dont la propriété de base est son intégration dans le matériel chromosomique de l'organisme.

La question est donc la suivante: chez les personnes en santé, qu'est-ce qui contrôle le virus de manière à l'empêcher de nuire à l'organisme? L'autre question est: qu'est-ce qui déclenche le virus et l'incite à attaquer le système immunitaire ou le système nerveux? Nous n'avons pas ces réponses. À mon avis, nous devons concentrer nos efforts pour chercher à répondre à ces questions particulières. Cela nous permettra de comprendre tout le processus d'infection virale et ses effets nuisibles pour les cellules hôtes.

Pour ce qui est des adultes américains qui risquent d'être contaminés par des transfusions sanguines, sur 100,000 personnes, 0.4 personnes ont été contaminées en décembre 1984, chiffre qui avait presque doublé en octobre 1985.

Étant donné que ce virus peut passer des mois, ou même des années, dans l'organisme sans se manifester, mais que le porteur peut quand même être contagieux, nous nous attendons à voir surgir dans les quatre ou cinq prochaines années, tant au Canada qu'aux États-Unis, beaucoup plus de cas de SIDA causés par des transfusions sanguines.

La période moyenne d'incubation du virus—de l'exposition au déclenchement du virus—dans les cas de transfusions sanguines, aux États-Unis, est de cinq ans; alors, nous nous attendons à ce que ces cas se manifestent à ce moment-là. Et avant l'introduction du système de dépistage des banques de sang américaines, toutes les personnes contagieuses qui donnaient du sang n'étaient pas éliminées et pouvaient donc transmettre du sang contaminé, dont nous ne connaissons les victimes que dans cinq ans en moyenne.

Nous ne savons pas non plus ce qui arrive véritablement aux gens qui ne reçoivent qu'une unité de sang—s'il s'agit de sang contaminé, il faut supposer que la dose infectieuse venait d'une unité de sang. L'infirmière en Angleterre, la travailleuse de la santé qui a été contaminée par voie artérielle ou veineuse, a eu une réaction immédiate. Chez cette personne, la séroconversion s'est produite entre 27 et 45 jours, c'est-à-dire qu'elle a produit des anticorps et a contracté une lymphadénopathie bénigne. C'est-à-dire que les ganglions lymphatiques étaient enflés et qu'elle est devenue légèrement malade. Que je sache, en ce moment, elle est en santé. Mais il faut quand même supposer qu'elle est contagieuse. Elle a été contaminée et la période d'incubation à partir de l'exposition au déclenchement de l'infection véritable pourrait prendre de quatre à six semaines. Il faut donc quatre à six semaines pour pouvoir dire qu'une personne est contagieuse.

Quant à la circulation du virus, la meilleure façon de l'identifier est d'obtenir des cellules des victimes—ce qui me semble être la meilleure façon—et de cultiver ces cellules en laboratoire avec les cellules cibles que nous avons, afin de prouver que le virus peut infecter les cellules cibles.

[Texte]

If one examines the amount of virus in circulation based on the number of cells carrying the virus then the number is very low. This is based on some current work from Dr. Gallo's lab in the United States, in which only 0.01% to 0.001% of the circulating lymphocytes actually harbour virus.

So if you look at the risk of exposure, say, from a needlestick injury from infected cells being transmitted by that injury, given the amount of blood that is normally on a needlestick it is very unlikely, actually, that the needlestick will carry an infectious dose of virus, as opposed to hepatitis B, where that needlestick injury will carry between 10,000 and 100,000 infectious units of virus. That same injury will carry that differential amount of virus. So, if one is looking at health care workers and they have been exposed to needlesticks, one should also obviously consider other possible routes of transmission because the needlestick may not be the route. The amount of virus on a needlestick is very low.

I will talk about this because obviously you cannot see too well. This virus is considered to be a lenti of a retrovirus and in that sense it has been identified genetically to have a similarity to some of the animal lenti retroviruses, particularly the one of sheep and, more particularly, the one of goats. It is genetically related by approximately 25% of its genome... is homologous to that genome of those two viruses. It is much more related genetically to those viruses than it is to the Human T-cell, leukemia virus 1 and Human T-cell, leukemia virus 2. So there is a genetic relationship.

It has properties similar to that virus and you get horizontal transmission; you get cytopathic destructive effects of cells rather than the leukemic proliferative responsive cells. You have a long incubation period extending from months to years. You have a protracted course of the disease. The disease can be present in a disease state from months to years. You get immunal suppression; that is, the viruses cause suppression of the immune system. The virus infects not only the T-cells, the lymphocytes—and the same goes for the HTLV-III or the eighth virus; it infects macrophages; it also infects nerve cells. We know that now.

With some of those viruses we get the demyelination of the brain and spinal cord, and there is some evidence now that the AIDS retrovirus may also cause that demyelination. We know that we get persistent infection from that pro-virus state. That virus remains virtually for life, and, being present in the host for life and expressing itself during the course of disease, in spite of the fact that at some point in time it will specifically target and destroy the immune system, prior to that time you get antibody responses. A component of those antibodies can be neutralizing for the virus, but in the individual who comes down with overt disease that presence of neutralizing antibody does not prevent the expression of disease.

In the sheep and the goat stories, in the sheep story in particular, you can identify the emergence in the individual host of variance of the virus during the course of the disease. So this virus is genetically able to mutate and, in spite of neutralizing antibody, it can escape the immune system and

[Traduction]

Si l'on juge la concentration du virus en circulation d'après le nombre de cellules porteuses, le nombre sera très bas. Cette conclusion découle de travaux effectués dans les laboratoires du Dr Gallo, aux États-Unis, selon lesquels 0,01 p. 100 à 0,001 p. 100 des lymphocytes en circulation portent effectivement le virus.

Donc, si l'on prend le risque d'exposition, par exemple, par une aiguille, étant donné la concentration de sang qui se trouve normalement sur une aiguille, il est très peu probable que l'aiguille contiennent une dose suffisante de virus, par opposition à l'hépatite B, où l'aiguille peut contenir entre 10,000 et 100,000 unités contagieuses du virus. La même aiguille contiendra des concentrations aussi différentes du virus. Si on prend le cas des travailleurs de la santé qui ont utilisé des aiguilles, il faut néanmoins envisager d'autres moyens possibles de transmission, car il est fort possible que l'aiguille n'ait pas été la cause du virus. La concentration de virus sur une aiguille est très faible.

Je vais vous parler de ce qui suit, car je ne crois pas que vous puissiez voir très clairement. Ce virus est considéré comme un rétrovirus lentiforme et est donc défini génétiquement comme étant semblable à des rétrovirus lentiformes d'animaux, particulièrement ceux des moutons, et encore plus, des chèvres. Il est lié génétiquement par environ 25 p. 100 de son génome... c'est-à-dire que son génome est semblable à celui des deux autres virus. Il est lié génétiquement de plus près à ces virus, car c'est du HTLV-I et du HTLV-II. Comme vous voyez, il y a un lien génétique.

On y trouve des propriétés semblables à ce virus et il y a donc transmission horizontale; on retrouve des cellules détruites par le virus cytotoxique plutôt que des cellules leucémiques réactives proliférantes. La période d'incubation est longue, allant de quelques mois à des années. La maladie se prolonge. Elle peut exister dans l'organisme pendant des mois ou des années. La victime souffre d'immuno-suppression, c'est-à-dire que le virus supprime le système immunitaire. Il contamine non seulement les lymphocytes, comme pour le HTLV-III, ou huitième virus—mais aussi le macrophage et les cellules nerveuses. Nous en sommes maintenant certains.

Certains de ces virus causent la démyélinisation du cerveau et de la moelle épinière, et nous croyons aussi que le rétrovirus du SIDA peut également causer cette démyélinisation. Nous savons que l'état de provirus cause des infections persistantes. Le virus demeure à vie, et comme il est présent dans la cellule hôte pour la vie et qu'il se manifeste pendant la maladie, des anticorps sont produits jusqu'à ce qu'il attaque et détruise le système immunitaire. Un composé des anticorps pourrait neutraliser le virus, mais lorsqu'une maladie se déclenche, l'anticorps neutralisant ne l'empêche pas de proliférer.

Dans le cas des moutons et des chèvres, particulièrement dans le cas des moutons, on peut déceler toute une variété de virus au cours de la maladie. Le virus est donc capable de se transformer génétiquement et, malgré la présence de l'anticorps neutralisant, il peut fuir le système immunitaire et se multiplier maintes fois dans le même hôte.

[Text]

you can produce multiple variance of the same virus in the same individual host.

• 1020

In the human A-cell B3 story, I do not think any evidence to date shows that particular event taking place, but of course it is very early in the story. But we do know there are something like 30 variants of the virus already identified in the National Institute of Health. So obviously we are generating variants. We do not know, for instance, whether there is a neurotropic variant that will target specifically the nervous system as opposed to the T₄ alpha cell system; we do not know that.

So we are getting an emergence of variants from this virus; this integrated and persistent virus infection produces its own variants within the host, and they do escape the immune system. The complications of that infection now result in the opportunistic infections; that is, other agents cause the disease we recognize as AIDS now, at this stage in the game. So you get a lot of viral infections and parasitic infections. Agents that normally can be controlled by the immune system in normal healthy individuals now express themselves, and this results in the AIDS state. So you get multiple opportunistic infection, several in the same host even. This results in the decline of the patient, and as far as I know there is no evidence that anybody recovers once they get into this state of decline.

So you get multiple opportunistic infections, and a person is now defined at that point in time as having AIDS. Or else you get opportunistic cancers, opportunistic neoplasms. You get primary CNS lymphomas, you get Kaposi's sarcoma, you get other forms of lymphoma. What else may appear we do not know, but obviously the neuropathologists and the pathologists are monitoring this system. This obviously is going to cause confusion, because in addition to systemic infections many of these agents do infect the brain directly. If we now see that the virus itself is targeting the brain, we have to do a differential diagnosis between which agents are causing neurological damage and whether it is a virus per se or other agents or other neoplasms.

Mr. Lesick: Would you kindly explain the UCSF...

Dr. Gill: This is taken from a paper from the University of California, San Francisco, a study that was reported in the *Journal of Neurosurgery* this year showing their cases against what they got from CDC in terms of the total reported. They were defining, because San Francisco is obviously a centre of AIDS investigations and they have had the opportunity to look at these patients. So they have been defining what has been occurring in the central nervous system of AIDS patients in terms of opportunistic neoplasms and opportunistic infections. I am just using that slide right now to illustrate the various things that can happen in terms of the effect of the virus infection when you go into this AIDS decline and you are recognized as an AIDS patient.

The Chairman: Mr. Frith, would you like to ask a question now?

[Translation]

Dans le cas de la cellule humaine À et B3, rien pour le moment ne semble prouver que les choses se déroulent ainsi; mais cela a évidemment lieu très tôt. D'après le *National Institute of Health*, on connaît déjà 30 variantes du virus. Nous ne savons par contre toujours pas s'il y a des variantes neurotropiques, qui attaqueront de façon plus sélective le système nerveux, par opposition aux populations de cellules T4 alpha.

Il y a donc apparition de variantes, qui prolifèrent dans la cellule d'accueil, et qui échappent au système immunitaire. L'infection dégénère ensuite en infections opportunistes; c'est-à-dire qu'à partir d'un certain stade d'évolution, d'autres agents pathogènes viennent faire leur travail, et c'est alors que l'on diagnostique en général le SIDA. On constate la présence d'infections virales de toutes sortes, et de parasitoses. Les agents contre lesquels, normalement, le système immunitaire doit pouvoir se défendre, lorsque l'individu est sain, font leur travail, et l'on arrive à l'état final du SIDA. On a donc concurremment la présence de plusieurs infections opportunistes chez le même individu. Son état s'aggrave, et dans l'état actuel de mes connaissances, rien ne permet de penser qu'il puisse jamais, à ce stade d'évolution de la maladie, s'en sortir.

On constate donc la présence d'infections opportunistes multiples, et c'est à ce moment-là que l'on parle de SIDA. Des cancers opportunistes, des néoplasmes opportunistes, peuvent également se développer. Vous avez alors les lymphomes primaires CNS, le sarcome de Kaposi, et d'autres formes de lymphomes. On ne sait peut-être pas encore tout ce qui peut se produire, mais les neuropathologistes et les pathologistes, de façon générale, étudient la question. Certains de ces agents secondaires peuvent affecter directement le cerveau; il faut donc bien faire la différence entre les dégâts causés par le virus lui-même, éventuellement au niveau du cerveau—c'est ce qu'il faudra savoir—et les infections opportunistes suite à la présence d'autres agents infectieux, ou d'autres néoplasmes.

M. Lesick: Pourriez-vous nous expliquer ce que l'on a trouvé à l'Université de Californie à San Francisco...

Dr. Gill: J'emprunte cela à un travail de l'Université de Californie à San Francisco, qui a fait l'objet d'un compte rendu dans un numéro de cette année du *Journal of Neurosurgery*, et où les résultats et statistiques de San Francisco sont comparés à ce qui a été publié par le CDC. Comme vous le savez, on fait beaucoup de recherches sur le SIDA à San Francisco, et ils ont pu cerner ce qui se passe dans le système nerveux central des malades du SIDA, pour ce qui est des infections et des néoplasmes opportunistes. Vous voyez sur cette diapositive ce qui se passe chez le malade, et l'évolution jusqu'au terme final du SIDA.

Le président: Monsieur Frith, vous avez une question à poser?

[Texte]

Mr. Frith: Because it sort of relates, I want to get back to... You talked about the Centre for Disease Control in Atlanta and you have the study groups in San Francisco. My understanding in the first meeting that we had, when Dr. Clayton mentioned the progress of the disease from central Africa to Haiti to North America... I want to talk a bit about the communications. Evidently there are more cases in the United States. I would assume there is a great deal of integration of information control between Atlanta and Canada. How do you get this information that is developing, these new information modes that you talked about, determination of novel routes of transmission? What lines of communication occur between Atlanta and physicians in the United States? What is happening in the communication routes between your disease control centre and physicians in Canada, and can they be improved?

And the last question: If the mother of this disease is central Africa, what kind of research is going on in central Africa, where you now have a progression of the disease so now we are told that for every homosexual that has the disease in central Africa they have one heterosexual who has it? That is not showing yet in North America, and I would like to know what kind of research is going on in central Africa to prevent that from happening in North America.

Dr. Gill: Okay, communications... In terms of our updating what is going on in the scientific evidence for what is going on in the infection, my laboratory is in very close contact with the National Institute of Health, Bob Gallo's lab. And we have been in a collaborative stance since a year last April. So we get preprints; we get advance information of what is happening in terms of the investigative side of the disease from the National Institute of Health.

• 1025

In terms of the epidemiology of the infection in the United States, Dr. Clayton's group get epidemiological information from CDC Atlanta directly on inquiry. In fact, CDC Atlanta has an excellent new central agency to respond to AIDS queries, and that is where I got my information on the blood transfusion incidents right now. I phone; I just ask to get through to the appropriate person, and ask what is their latest information on blood transfusion-related cases in the United States. What can you tell me? Somebody there has that information virtually at hand to advise me what it is.

Mr. Frith: How do you get that information from your shop to a health worker working in Montreal General Hospital?

Dr. Gill: In terms of the information that the LCDC has put out, there is a series of packets of information which are released on a time basis. There are two major sorts of routes. One is through targeting specific kinds of assembly of information which are on a period basis, on an ad hoc time basis. You may say we have gathered enough information now to make some statements about this, so we put out a report twice a year approximately on the various components of the

[Traduction]

M. Frith: Je voudrais revenir... Vous avez parlé du *Centre for Disease Control* d'Atlanta, et des études faites à San Francisco. À notre première réunion, le docteur Clayton a parlé du phénomène de transmission de la maladie, d'Afrique centrale à Haïti en Amérique du Nord... Je voudrais parler un peu de communication. Il y a évidemment beaucoup plus de cas aux États-Unis, et j'imagine que le Canada peut profiter de l'information qu'Atlanta lui communique. Comment avez-vous accès aux résultats de leurs recherches; par exemple à propos de la transmission de la maladie? J'imagine que le centre d'Atlanta informe les médecins américains. Les médecins canadiens et le centre de lutte contre la maladie en profitent-ils également? Y a-t-il là quelque chose à faire pour améliorer les échanges?

Et ma dernière question: si l'on sait que l'origine de cette maladie se trouve quelque part au centre de l'Afrique, quelles recherches fait-on sur place? On sait qu'il y a maintenant progrès de la maladie, puisque—d'après certains—pour chaque homosexuel qui en est atteint en Afrique centrale, il y a également un hétérosexuel qui en est atteint. Ce n'est pas encore le cas en Amérique du Nord, et j'aimerais savoir ce qui se fait en Afrique centrale pour empêcher que la même chose ne se produise en Amérique du Nord.

Dr. Gill: Oui, les communications... Pour tout ce qui est de la mise à jour de nos connaissances scientifiques, mon laboratoire est en rapport étroit avec celui de Bob Gallo, au *National Institute of Health*. Je peux dire que nous collaborons étroitement depuis le mois d'avril de l'année passée. Dès qu'ils ont des résultats, ils nous tiennent au courant; nous sommes informés bien avant tout le monde de ce qui se fait en matière de recherche sur la maladie au *National Institute of Health*.

Et en ce qui concerne l'épidémiologie de la maladie aux États-Unis, l'équipe du docteur Clayton peut directement demander à Atlanta de l'information là-dessus. De fait, le centre d'Atlanta dispose maintenant d'un service central qui peut répondre à toutes les demandes concernant le SIDA; c'est à ce service que je m'adresse en ce moment pour obtenir des renseignements concernant les accidents provenant des transfusions sanguines. Il suffit que je téléphone; on me passe le spécialiste que je demande, et celui-ci me transmet les derniers résultats concernant les cas de transmission par transfusions sanguines.

M. Frith: Comment faites-vous ensuite pour que les personnes qui travaillent à l'Hôpital général de Montréal soient informées?

Dr. Gill: Ces renseignements du ICDC sont classés et font l'objet d'une diffusion périodique. Il y a deux grands circuits de diffusion. D'une part, et de façon ponctuelle—cela environ deux fois par an—dès que nous avons à notre disposition un ensemble de résultats suffisamment concluants, nous faisons un rapport médical sur les problèmes, les solutions, les mesures de précaution, etc. Cela paraît deux fois par an sous forme d'une édition spéciale du rapport hebdomadaire des maladies

[Text]

health care system to those people on what are identified as problems or solutions or precautionary measures, etc. to be taken. That goes out twice a year in the form of CDR special edition which subdivides it into these targeted groups of people. That goes to many physicians as well.

The other package of information is put together and sent to the provinces to distribute to the physicians in the provinces by provincial health authorities. This is again "advisory" in the sense that this is what we know; this is what you can use; draw on this information and rework it, or send it out "as is" directly to the physicians in those provinces.

The other ongoing continuous information we can put out every second week in our *Canadian Diseases Weekly Report*, our CDWR. That comes out every second week and so with any new information and periodic updates, and epidemiological information and the number of cases, etc., is put out in that way.

Within the system here and from my laboratory operation, which I am just going to talk about, we are involved in virtually every funded study in the country in terms of backing it up with laboratory expertise from my bureau. So on an ongoing basis—daily, if necessary—there is communication between those people who have been funded in the study programs—health care workers in Montreal, homosexuals in Vancouver, Toronto, Montreal; Haitian studies in Montreal, etc.—which are being funded by NHRDP or Medical Research Council of Canada, the haemophiliac study in Montreal General Hospital. We have done all the anti-body determinations for all of those studies in my laboratory operations.

So virtually on a daily basis, when they say we have an interesting phenomenon—and that is where the twin story comes up—please, we are going to send it to you "rush", prioritize it because this twin has arrived; it is spastic; we want to know if it is anti-body positive... well, that is the kind of response that we give to those groups. And we have virtually an ongoing rapport with the major groups.

Most of those people in those groups reflect the activities of the city groups so that there are city groups which are AIDS groups within cities and we find out from this interaction what is going on and what they need for us to respond to—the best we can, anyway.

The Chairman: May I just be allowed to ask a question ancillary to, or I think as a follow-up to Mr. Frith's question? To what extent is the work of your laboratory, Dr. Gill, and the other things you get involved in, adequately funded? In other words, would you prefer to have further funding because of the work you see which should be done but is not being done?

• 1030

Dr. Gill: Yes, I was going to come to that. Unfortunately you cannot see the chart. What I have had to do is to reallocate the resources I have—which is all right up to a point. The

[Translation]

du Canada, que l'on adresse aux groupes concernés. Le rapport est adressé également aux médecins.

D'autre part, on rassemble l'information disponible, et on la fait parvenir aux provinces, pour qu'elles puissent la retransmettre aux médecins, par l'intermédiaire des services de santé provinciaux. Nous envoyons cela «pour information», bien sûr, dans la mesure où il s'agit de l'état actuel des connaissances; les provinces peuvent ensuite revoir cette information, ou la retransmettre directement «telle quelle» aux médecins.

Nous nous servons également du rapport hebdomadaire des maladies du Canada pour faire connaître les résultats de la recherche, mettre à jour certains éléments, diffuser l'information épidémiologique et les statistiques, etc. Cela une fois toutes les deux semaines.

En ce qui concerne mon laboratoire—dont je vais vous parler maintenant—je peux dire que nous participons, pour ainsi dire, à toutes les études subventionnées qui sont faites au pays, et que nous mettons nos connaissances à la disposition des chercheurs. Qu'il s'agisse de travailleurs du secteur de la santé de Montréal, d'homosexuels de Vancouver, Toronto ou Montréal, des responsables des études haïtiennes à Montréal, etc., ces études, qui sont financées par le PNRDS, le Conseil de recherches médicales du Canada, ou qui sont faites dans le cadre de l'étude sur l'hémophilie à l'Hôpital général de Montréal, donnent lieu à des échanges quotidiens si nécessaires entre les chercheurs. Pour toutes ces études, la recherche d'anticorps s'est faite dans mon laboratoire.

Il y a donc pour ainsi dire quotidiennement des contacts; dès que quelque chose d'intéressant est découvert—qu'il s'agisse des jumeaux ou d'autre chose—on envoie cela «par exprès», par courrier prioritaire... Tout cela dans une atmosphère assez fébrile, les responsables de telles études voulant tout de suite savoir si le test est positif... Voilà un peu comment ça se passe. Nous avons donc, pour ainsi dire, des contacts permanents avec les principales équipes de recherche.

La plupart des personnes qui travaillent au sein de ces équipes sont également en contact avec les groupes SIDA de la ville correspondante; ce qui fait que nous savons ce qui s'y passe, et de quelle information ils ont besoin; nous faisons, du moins, de notre mieux.

Le président: Permettez-moi de vous poser une question qui se rapporte au même sujet, ou du moins fait suite à celle de M. Frith. Pensez-vous, docteur Gill, que vous disposez, pour vos activités de laboratoire et autres, de suffisamment de crédits? Bref, avez-vous l'impression que vous ne disposez pas de suffisamment de moyens financiers pour faire tout le travail qui demande encore à être fait?

M. Gill: Oui, j'y arrivais. Malheureusement, vous ne pouvez pas voir mon graphique. Ce qu'il a fallu que je fasse, c'est redéployer mes ressources. Dans un certain sens, c'est tout à

[Texte]

only biotechnology thrust in the Department of National Health and Welfare is in my operation, too. I am sort of caught with an AIDS crisis and a biotechnology thrust in the same timeframe. Neither of them provided me with person-years, so I am absolutely strapped for people. On the bottom chart you can see that in temporary help I have five people. I have a seconded person in. Overall, there are something like 18 positions in other areas, just in the virus building. In the Diagnostic Reagents Division and the Infectious Immunology Division, people are all contributing a good part of their time to the AIDS problem. If I calculate my budget with regard to salary, between 20% and 25% of my salary budget has now been diverted to AIDS-related work.

The other aspect of this is, of course, operating dollars. Whatever else people were doing before, obviously I just grab their operating dollars and say that they are AIDS dollars. There is an AIDS budget controlled by Dr. Clayton. I think my current allocation of that is \$50,000 a year and that is all. I divert my biotechnology funds—it is interrelated because we are producing hybridomas mass monoclonals to the AIDS virus right now. We have one which is working quite nicely lighting up the cells. We are targeting the production of AIDS virus specific human globulins *in vitro*. Although they are meeting, I am underfunded.

I think the key point to what we have done is that in spite of not having money or resources, in April of 1984, within days of the announcement from Dr. Gallo that a virus was the causative agent, I arranged for one of my staff to go down to his laboratory. He was trained there for a week in May, came back, manipulated their system for antibody detection in my laboratory and went back in July.

In July 1984, I announced that we were going to start a testing program. The one thing that allowed me to announce that program was a gift from Dr. Gallo to me personally. Neither the United States Public Health Service or the Canadian Public Health Service knows that I got \$200,000 worth of virus given to me to start the Canadian testing program. I have since received a total of \$350,000 Canadian worth of free virus from Dr. Gallo's laboratory.

I think it should be noted that it was a gift which the United States Public Health Service has not got involved with. They have not formally done anything about it. It is from laboratory to laboratory, and is the way things happen in science at times. We became collaborators with Dr. Gallo's laboratory. We share information, we feed information, we feed unusual circumstances of infection to them and they in turn respond with information.

The Chairman: If we decide to write a report, Dr. Gill, at the end of our study, we may very well need to have some specific idea of figures. I know the sensitivity of public servants to talking about budgets, but I think if we are going to serve the country the way we should, we have to have some pretty open and frank discussions with you and others as to exactly

[Traduction]

fait légitime. Au ministère de la Santé nationale, nous sommes le seul service de biotechnologie. Sans, d'ailleurs, ni d'une part ni de l'autre, de dotation en années-personnes; je suis donc absolument dépourvu de personnel. Sur le graphique du bas, vous pourrez voir que je dispose de cinq personnes à temps partiel, plus une personne détachée. En tout, pour la virologie, il y a environ 18 postes. Au service de diagnostic des réactifs viraux, et à l'immunologie infectieuse, tout le monde consacre une partie de son temps au SIDA. Je peux dire qu'environ 20 à 25 p. 100 de mon budget-salaire est absorbé par la recherche sur le SIDA.

Il faut évidemment également parler du budget de fonctionnement. Dans tous ces cas de redéploiement de personnel, je transfère les budgets de fonctionnement à la recherche sur le SIDA. C'est le Dr Clayton qui est responsable de la comptabilisation de ce budget. Cela doit faire en ce moment environ 50,000\$ par an; pas un sou de plus. Je me sers aussi des crédits à la biotechnologie... Il y a un rapport entre les deux domaines, puisque nous produisons des monoclonaux massifiés d'hybrides au virus du SIDA. Nous en avons un qui marche d'ailleurs très bien en ce moment. Nous produisons également *in vitro* de la globuline humaine spécifique du virus du SIDA. Ça marche, mais je n'ai pas les crédits dont j'aurais besoin.

Une chose à noter, c'est qu'en dépit d'une insuffisance de crédits, dès que nous avons appris du Dr Gallo que l'on avait décelé un virus, au mois d'avril 1984, l'un d'entre nous s'est rendu à son laboratoire. Il y a passé une semaine de formation au mois de mai, est revenu, a fait la démonstration de leur procédé de détection des anticorps à notre laboratoire et y est ensuite retourné au mois de juillet.

Au mois de juillet 1984, j'ai pu annoncer que nous avions lancé un programme de recherche. J'ai pu faire cela grâce à un cadeau que le Dr Gallo m'a adressé personnellement. Ni les services de la santé publique américains, ni les services correspondants canadiens ne savent que je possède pour 200,000\$ de virus qui m'ont été offerts pour que je puisse lancer le programme de recherche canadien. Depuis lors, j'ai reçu au total pour 350,000\$ de virus du laboratoire du Dr Gallo.

Je tiens à rappeler qu'il ne s'agit pas d'un cadeau des services de la santé publique américains. Ils n'y sont pour rien. Cela s'est fait de laboratoire à laboratoire; dans le domaine des sciences, on assiste de temps en temps à ce genre de choses. Nous sommes donc devenus des collaborateurs du laboratoire du Dr Gallo. Nous procédons à des échanges d'informations, nous les tenons au courant de certaines circonstances inhabituelles d'apparition de la maladie, et à leur tour, ils nous répondent.

Le président: Si nous avons à écrire un rapport, docteur Gill, lorsque nous aurons fini ces auditions de témoins, nous aurons peut-être besoin que vous nous fournissiez des chiffres précis. Les fonctionnaires n'aiment pas toujours parler de budget, mais si nous voulons véritablement faire notre travail et servir notre pays, il faudra discuter très franchement des crédits qui sont nécessaires.

[Text]

what funds are needed and how they can be used in an appropriate fashion.

Dr. Gill: You can look at my files and the memos I have sent up the line . . .

The Chairman: We are not hearing it today. We would have to hear it at a later date, in my view.

Mr. Young: At the last meeting of this committee, in response to questions about funding and whether that funding was adequate, I think Dr. Clayton said—I think I recall correctly—that there was no lack of funding, that there was all kinds of money available, but it was not being utilized due to a lack of adequately trained researchers. I think I am correct in that recollection.

The Chairman: I think, Mr. Young, he said that we were not in a position to use more funds now because we did not have the adequately trained researchers to use an increased amount of funding. It is a little different.

• 1035

Dr. Gill: Again, maybe we are looking at it from two different viewpoints. One is from the epidemiological side, where you are looking not at the targeted research, which as a scientist I think should be done; as a biologist. In fact, as a tumour biologist training in Glasgow at the tumour virology . . . the British MRC . . . I was trained there a year after Luce Montagne was there. I was working in that same tumour virus lab. I see it quite differently in terms of the opportunities for investigational work on this virus infection and the outcome of the infection to an epidemiologist, in that sense.

One of the problems people tend to quote is that the research councils are not getting enough applicants of quality to say they are willing to devote money into that particular area; one of the problems with that being—again, being formerly an applicant to the Medical Research Council and NHRDP—that you do not sacrifice your lifelong work to target unless there is going to be some obvious substantial continuing support for switching out of what you are doing in your research to assisting in a multi-centre or a joint research project. This is, I think, one of the problems: that in Canada we have not been used to directed targeted research of the kind the National Institutes of Health in the United States do. We have no in-house medical research except principally, I suppose, what my organization does.

Our mandate in the bureau is to do research into problems of public health. That is a nice broad mandate. Of course, when AIDS comes along, that is a problem of public health and I switch my staff. I give up on other things, and unfortunately . . . that shows now, but it has been a problem ever since I have been there: being underfunded both in operating dollars and in salary dollars.

[Translation]

M. Gill: Vous pourrez prendre connaissance de mes dossiers, et des notes de service que j'ai fait parvenir à l'échelon supérieur . . .

Le président: Laissons cela pour aujourd'hui. Je pense que nous aurons à y revenir plus tard.

M. Young: Lors de notre dernière réunion, lorsqu'il a été question de crédits, le Dr Clayton a dit—si je ne me trompe—qu'il n'y avait pas pénurie de crédits, que l'on disposait de tout ce qui était nécessaire dans ce domaine, mais que l'argent ne pouvait pas être utilisé parce qu'il n'y avait pas de chercheurs qualifiés. Je ne pense pas me tromper.

Le président: Si je ne me trompe, monsieur Young, le témoin a expliqué qu'on ne pouvait pas utiliser plus de crédits en ce moment, par manque de chercheurs qualifiés dont on avait besoin. Ce n'est pas tout à fait la même chose.

M. Gill: Comme je l'ai déjà dit, il y a deux façons de concevoir cette recherche. Il y a d'abord une recherche fondamentale du point de vue épidémiologique, qui—du point de vue strictement scientifique, pour le biologiste—doit être faite. J'ai été formé à Glasgow, où j'ai travaillé, en qualité de biologiste, sur les tumeurs virales . . . au sein du MRC britannique . . . C'est là que j'ai été formé, un an après Luce Montagne. Je travaillais dans le même laboratoire, où l'on étudiait les tumeurs d'origine virale. Donc, de mon point de vue, cette infection virale nous donne l'occasion de faire un travail de recherche du point de vue de l'épidémiologie.

Un des problèmes auxquels on fait souvent allusion, c'est que les conseils de recherche ne sont pas prêts à investir dans cette recherche, parce qu'il n'y aurait pas suffisamment de candidats de qualité; à ce sujet, il ne faut pas oublier—j'ai moi-même, à une certaine époque, fait une demande au Conseil de recherches médicales et au PNRDS—que vous n'allez pas sacrifier un travail de recherche fondamentale qui pourrait durer une vie, à moins que l'on vous donne des assurances, en échange de votre participation à une équipe pluridisciplinaire au sein d'un projet de recherche mixte. C'est, je pense, un de nos problèmes: au Canada, nous n'avons pas eu l'habitude de faire de la recherche dirigée et appliquée comme cela se pratique au *National Institute of Health* des États-Unis. Nous n'avons finalement aucune recherche médicale à domicile, si ce n'est ce que fait mon service.

Mon bureau a pour mission de faire de la recherche dans le domaine de la santé publique. C'est un mandat extrêmement vaste. Et bien sûr, le SIDA est un problème de santé publique, si bien que je suis obligé de redéployer mon personnel. Cela nous oblige à abandonner d'autres recherches, et malheureusement . . . c'est le cas en ce moment, mais le problème s'est toujours posé: les crédits sont insuffisants, qu'il s'agisse des crédits de fonctionnement ou de la rémunération.

[Texte]

So currently the outbreak at the Mount Sinai Hospital of a viral gastroenteritis I cannot investigate. I cannot lend federal help to that investigation.

Mr. Young: That is a little different from the way I understood the previous discussion—not today; at the previous committee hearing. Let me put the question another way. If your staff remained as it was and you had available to you additional researchers for AIDS, would the money be available?

Dr. Gill: I have attempted to address that problem myself. What I have done in my two-year submission for fiscal years 1986-87, 1987-88, in my biotechnology budget, which I managed to get a 50% increase in over the current, so I am getting something like \$600,000 a year total for the next two years, if Treasury Board approves, is I have linked that to the AIDS program. So I am using my biotechnology money and funding it into the AIDS program. Part of that is legitimate, in the sense that what I am going to produce is related to the potential for AIDS-related vaccines, the potential for AIDS-related immunotoxins, etc. So that is okay. But I have ensured that I could do that work by deliberately supplementing my base budget.

Mr. Young: I am willing to concede I may have misunderstood what was said at the previous committee meeting; but I will check the record, because it is my clear impression that either the Minister or Dr. Clayton or someone else said the problem was not with the amount of money that is available for research, the problem was finding the staff to utilize the available moneys.

The Chairman: That is right.

Dr. Gill: I have post-doctoral fellows and other people I could take on at any time. In fact, I am starting to take them on in my biotechnology mode. I have two already and I am looking for another four.

About the operating dollars required, my budget would have been almost wiped out by just having to purchase that virus from the U.S. Public Health Service.

Mr. Young: Perhaps it is up to us to pursue it a bit further, rather than you.

• 1040

Mr. Frith: What kind of co-ordination would there be? Is there co-ordination in the research between Atlanta and Canada? There is no sense in having four additional post-doctoral microbiologists States. What kind of co-ordination . . .

Dr. Gill: I think it is a misconception to see attacking the same problem by a different set of minds as a duplication. In science it is not.

This is a fantastically complex infection, as I think I have alluded to. The immune system itself is a fantastically complex problem, and the central nervous system is another complex system. So, whatever goes on in terms of probing these things,

[Traduction]

Ainsi, je ne suis pas en mesure en ce moment de faire de la recherche sur cette gastro-entérite qui a été constatée à l'Hôpital du mont Sinai. C'est-à-dire que les chercheurs devront se passer du soutien fédéral.

M. Young: Cela est un petit peu différent de ce que nous avons entendu dire à une autre réunion du Comité. Je vais poser ma question autrement. Supposons que l'on mette à votre disposition des chercheurs supplémentaires, pour ce problème du SIDA; auriez-vous suffisamment d'argent pour les faire travailler?

M. Gill: J'ai moi-même essayé de résoudre cette difficulté. Dans mes prévisions budgétaires de 1986-1987 et 1987-1988, notamment au chapitre de la biotechnologie, j'ai réussi à obtenir une augmentation de 50 p. 100; si le Conseil du Trésor donne son approbation, je disposerai donc pendant deux ans de 600,000\$ par an, et la recherche sur le SIDA en profitera. Je fais donc un transfert de crédits du poste de la biotechnologie à la recherche sur le SIDA. C'est sans doute assez légitime, dans la mesure où le résultat de nos découvertes aura des répercussions sur les vaccins de lutte contre le SIDA, et sur la production possible d'immunotoxines, etc. Je pense donc que cela devrait être possible. Mais je me suis assuré que le travail pouvait être fait en augmentant mon budget de base.

M. Young: J'ai peut-être mal compris ce qui avait été dit à l'autre séance du Comité, mais il faudra que je vérifie, car d'après le ministre, le docteur Clayton, ou un autre témoin, le problème ne viendrait pas de l'insuffisance des crédits à la recherche, mais plutôt du fait que les chercheurs dont on aurait besoin ne sont pas disponibles.

Le président: En effet.

M. Gill : Pourtant, j'ai dans mon équipe des boursiers qui ont passé leur doctorat, et il y en a d'autres que je pourrais intégrer à n'importe quel moment. De fait, j'ai déjà commencé à les intégrer au module de biotechnologie. J'en ai déjà deux, et j'en prendrai quatre autres.

Pour ce qui est des crédits de fonctionnement, je dois dire que mon budget aurait été complètement absorbé par l'achat de ce virus auprès des services de santé américains.

M. Young: Ce sera peut-être à nous, plutôt qu'à vous, de continuer à poser cette question.

M. Frith: Comment les travaux sont-ils coordonnés? Y a-t-il une coordination entre les travaux d'Atlanta et ceux du Canada? Il est inutile d'entreprendre quatre autres études microbiologiques post-doctorales si le même travail se fait aux États-Unis. Quel genre de coordination . . .

M. Gill: Il est faux de croire que le fait d'étudier un problème sous deux angles différents constitue un dédoublement des tâches. Ce principe ne s'applique pas en sciences.

Comme je l'ai déjà indiqué, il s'agit d'une infection épouvantablement complexe. Le système immunitaire lui-même est un problème épouvantablement complexe, et le système nerveux central constitue, lui aussi, un autre système complexe. C'est

[Text]

every probe raises another set of questions; every question you are trying to address raises another set. What happens is that in terms of scientific sharing of information you reinforce each other; you also influence each other in terms of targeting different aspects; and you share that information of what you are finding.

As I say, I have preprint information coming out of Gallo's lab which has not hit the scientific press yet. Those numbers of infected circulating cells I do not think have been published yet, but I got them two months ago. It was accepted for publication; it was sent up; we know what is going to be in the scientific press two months from now.

That enables us now to see what twist to our own press we can make, and so in that sense it is a misconception to call it "duplication" when you are targeting the same problem because the problems are going to be manifold and the solutions are going to come from a variety of scientific sources. One lab is not going to come up and crack those problems at all. So in the normal set of events, in addition to doing that, you will get a tremendous spin-off into other areas of comprehension of retrovirus infection, of cancer virus infections, of the immune response to those things. Regardless of whether you are duplicating and you end up two months behind Gallo's lab with the same results, you have trained your minds and you have got people concentrating on solutions to problems which expand into other areas. But you do not even need that in this stage of the game with this AIDS problem.

I was at a meeting on Friday afternoon in Montreal—in fact I will leave you a copy of the substance of that meeting—and I went down there because I was involved with many of the players at the meeting in my former association with McGill. Montreal is a particularly suitable city in which to target the neurological problems associated with AIDS infection, with the MNI, the neurologists in Sainte-Justine's, the neuropathologists and the pathologists there, the neuropathologists in the Montreal General Hospital. The general level of knowledge and understanding of the central nervous system in Montreal is very high. In addition, you have some key immunologists and you have some very good microbiology and immunology people as well.

This meeting was a gathering of about 20 people on an ad hoc basis to discuss the possibility of putting together a major submission to target the AIDS-related neurological disorders. At a minimum, they want five years' funding. People will drop what they are doing. Scientists are basically prostitutes: if you offer them enough money, they will switch. They will. They are of that nature. If they can at least maintain their basic academic pursuit of their particular line of investigation in immunology and at the same time incorporate a couple of post-docs and contribute to an AIDS-related immunology problem,

[Translation]

pourquoi chaque étude soulève de nouvelles questions; et chaque question à laquelle on essaie de répondre soulève encore d'autres questions. Les recherches faites sous des angles différents favorisent le partage de l'information scientifique et permettent aux chercheurs de se renforcer et de s'encourager mutuellement à étudier des aspects différents de la maladie et à partager leurs conclusions.

Comme je le disais tout à l'heure, je dispose de renseignements pré-impression qui m'ont été communiqués par le laboratoire de Gallo et qui n'ont pas encore été transmis à la presse scientifique. Je ne pense pas que l'on aie déjà publié le nombre de cellules circulantes, mais je possède ce renseignement depuis déjà deux mois. La publication de ces données a été confirmée; les documents ont déjà été envoyés. Nous savons déjà ce qui sera publié dans la presse scientifique dans deux mois.

Cela nous permet de voir l'évolution des reportages dans la presse scientifique et, dans ce sens, c'est une erreur de parler de dédoublement lorsqu'on étudie le même problème sous des angles différents, parce que ce problème a diverses facettes et les solutions proviendront de diverses sources scientifiques. Ce n'est pas un seul laboratoire qui réussira à résoudre ces problèmes. Donc, normalement, en plus de faire nos propres recherches, nous profitons énormément des recherches des autres pour mieux comprendre les infections rétrovirales, les infections du virus cancéreux, et la réaction du système immunitaire à ces virus. Même si nous faisons les mêmes recherches que le laboratoire de Gallo et que nous obtenons les mêmes résultats deux mois plus tard, nos spécialistes ont réfléchi à la question et se sont penchés sur les solutions à des problèmes qui peuvent s'étendre à d'autres domaines. Mais ce n'est même pas nécessaire à cette étape des recherches dans le domaine du SIDA.

Vendredi après-midi, je me suis rendu à Montréal pour assister à une réunion—dont je vous laisserai d'ailleurs les documents. Je m'intéressais à cette réunion parce que j'avais travaillé avec un grand nombre des participants lorsque j'étais à McGill. Montréal est un endroit idéal pour entreprendre des recherches sur les problèmes neurologiques liés au SIDA, car c'est là qu'on retrouve l'Institut neurologique de Montréal, les neurologues et les pathologistes de l'Hôpital Sainte-Justine, ainsi que les neurologues de l'Hôpital général de Montréal. Les spécialistes de Montréal ont une connaissance et une compréhension très approfondies du système nerveux central. Mentionnons également la présence à Montréal d'importants immunologistes et d'excellents spécialistes de la microbiologie et de l'immunologie.

Cette rencontre réunissait une vingtaine de spécialistes pour discuter de façon informelle de la possibilité de présenter une soumission d'envergure dans le but d'obtenir des fonds pour étudier les troubles neurologiques liés au SIDA. Le groupe espère obtenir un financement d'au moins cinq ans. Les gens seront prêts à abandonner ce qu'ils font en ce moment; vous savez, les scientifiques sont essentiellement comme des prostitués: si vous leur donnez suffisamment d'argent, ils feront tout ce que vous voudrez, car telle est leur nature. Tant qu'ils peuvent poursuivre leurs recherches immunologiques

[Texte]

they will do it; they will be able to do. But they are not going to sacrifice their major thrust in what even appears in some people's eyes as an in-thing, a fad: put AIDS on the title of your application and you will get funding. That is obviously the wrong approach.

But because of the magnitude of the problems I would see that there is a need for going outside the traditional approach of requesting people to submit by February the something an application for a Medical Research Council grant and then having it reviewed over two or three months. The information is almost out of date the way information is flowing out of this thing. So I see it in fact going the other way similar to the national institutes of health and going for requests for proposals and saying: We want people to target this; these are the questions we want answered. You tell us how you are going to go about it, and if you come up with either a good scientific program in which it will be multicentre or joint programs from city to city, whatever it is—these are the questions we want answered; if you can come up with it, we will fund you for five years. It is a targeted research approach, rather than the application saying, I am interested in this little aspect.

• 1045

To my mind, this is the way to go with this problem: direct it; research it; target it; in which a group which would consist of representatives or an advisory board or whatever you want to call them of representatives from the Medical Research Council of Canada, NHRDP, the National Cancer Institute of Canada, and some keen and very bright minds in this country—this could be a super agency to look at that problem, or those problems related to this infection and the consequences of this infection. That is because they are manifold and the spin-offs are going to be quite substantial from doing that. The spin-offs of whatever is done, will go into cancer and cancer control. They will go into immunological disorders, lupus and others disorders of the immune system; they will go into progressive urological diseases such as Alzheimer's, etc. The spin-off would be tremendous in terms of what those groups could contribute.

You are putting them now on par with what goes on in other jurisdictions in the United States. You are saying, We are going to fund you to the level that you need. In the U.S. Public Health Service, my latest information is in the NIH—I have forgotten the exact title of their granting system—but they have a similar system to ours, where you score points on the grant application, and when you have a cut-off base on the number of dollars, no matter how good the grant is, nobody will get funded, because there are no more dollars to go round. This happens in the Medical Research Council. This happens in other jurisdictions.

What they have done in AIDS-related work is say, all those which are good enough to be funded are funded. So the U.S.

[Traduction]

dans le domaine de leur choix, tout en entreprenant des études post-doctorales sur les problèmes immunologiques du SIDA, ils le feront. Mais ils ne seront pas disposés à sacrifier leur principal projet pour étudier ce qui semble être, aux yeux de certains, une maladie à la mode. Il ne suffit pas de mettre le mot «SIDA» sur sa demande pour obtenir le financement. Ce n'est pas comme cela que ça marche.

Mais étant donné l'ampleur du problème, je crois qu'il est nécessaire de sortir des sentiers battus et ne plus imposer de date limite à la présentation des demandes de subventions du Conseil de recherches médicales du Canada, qu'il faudra deux ou trois mois à évaluer. À la vitesse à laquelle les recherches se font, les résultats sont presque désuets au départ. À mon avis, il faudrait faire comme les instituts nationaux de la santé et demander des soumissions scientifiques sur le SIDA, car nous voulons des réponses à nos questions. On demandera aux scientifiques de préciser dans leurs soumissions comment ils ont l'intention de procéder, et on leur fournira la liste des questions qu'ils devront résoudre, que ce soit à l'aide d'un programme réparti sur plusieurs villes ou de programmes conjoints. Ceux qui trouveront les réponses seront financés pendant cinq ans. Ce sont les organismes fournisseurs du financement qui décideront de l'objectif à viser plutôt que les scientifiques qui demanderont des subventions pour étudier tel ou tel petit aspect de la chose.

À mon avis, c'est la chose à faire avec ce problème: il faut orienter la recherche, établir des cibles et constituer un groupe, un conseil consultatif, ou ce que vous voudrez, composé de représentants du Conseil de recherches médicales du Canada, du PNRDS, de l'Institut national du cancer du Canada, ainsi que de certaines sommités canadiennes, pour étudier cette maladie et les problèmes et conséquences qui y sont liés. Ce serait un organisme extraordinaire. Avec un pareil système, les avantages seront innombrables. Les résultats des recherches pourront servir à l'étude et au contrôle du cancer, de troubles immunologiques, du lupus et d'autres maladies du système immunitaire; ils serviront à l'étude de maladies urologiques progressives, comme la maladie d'Alzheimer, et caetera. Les travaux de recherche de ce genre de groupes pourraient contribuer de façon incalculable à la recherche médicale.

Pour l'instant, ils se trouvent sur un pied d'égalité avec les activités d'autres secteurs des États-Unis. On leur accorde les subventions dont ils ont besoin. D'après les renseignements les plus récents que j'ai obtenus du *National Institute of Health* des États-Unis, le Service américain de la santé publique a établi un système de financement semblable au nôtre—et dont je ne me souviens pas du titre exact—en vertu duquel les soumissionnaires amassent des points pour leur demande. Lorsqu'il n'y a plus de fonds, personne n'obtient un sou, malgré la qualité de la demande, tout simplement parce qu'il n'y a plus d'argent. C'est ce qui arrive au Conseil de recherches médicales du Canada et à d'autres endroits.

Pour le SIDA, par contre, les organismes qui accordent les subventions ont déclaré que tous les programmes acceptables

[Text]

Health and Human Services budget which was \$15 million in 1982, was \$30 million in 1983, and was forecast to be \$60 million a year for the next three years in 1984, in fiscal year 1985-86, it is \$219 million for AIDS.

The Chairman: Mr. Lesick, your question.

Mr. Lesick: Mr. Chairman, I was just wondering if Dr. Gill could have the opportunity to complete his presentation and then we could question him in greater detail, as we are right now, because the good doctor has not completed his report.

Dr. Gill: I have already covered what is going to come up there in terms of this... well, I will go through it, because these slides are a reminder for me to tell you some things, basically. Okay. We have really been through this. As to the dates here, April is when we arranged with Dr. Gallo for us to go down there and start our AIDS testing program. August, we announce it. In this sense I wear two hats. As the director of the bureau, I can do things which I think should be done; I inform my colleagues in the provincial health labs, and I say to the provincial lab directors, Do you think I should go this route and do that? Will you be with me if I do this? This is the introduction of the AIDS screen program which I did from my laboratory. We did it with a gift of virus from Gallo in 1984.

I also wear the hat of the chairman of the laboratory subcommittee on AIDS in the National Advisory Committee on AIDS. But to do this, I said I do not want to have a committee meeting. I will not listen to a committee. We are going to do it. I am not going to be told all sorts of things as to why gay rights might be violated or whatever by somebody on the committee delaying the process. So I just went ahead and did it.

At the end of August, we announced in the *Canadian Diseases Weekly Report* this testing program. We prioritize the people we test. We got the program going, way before the Canadian Red Cross Society or anybody. We have done 20,000 serological tests already. For all the study groups and all the clinical patients in the country, we have done them. And if it had not been for that gift and the notion that you just go ahead and do it... I mean, if you perceive a public health problem, you tackle it and you get on with it. You do not wait around for some committee to tell you to do it. At least, I do not.

What is happening in terms of the quarterly testing in clinical specimens now and going from July to September in the fiscal year 1984-85, in 1984—the third quarter there—we had a very low number. In between July and September, this year, we had almost 1,800 clinical specimens from people in hospitals or from physicians handling a patient who suspected that patient could be infected—45% of those were positive for the virus. And this is the information we have gathered by going for this testing service. We hope this will start to drop

[Translation]

seront subventionnés. C'est pourquoi, aux États-Unis, le budget des Services sociaux et de la santé, qui était de 15 millions de dollars en 1982, de 30 millions de dollars en 1983, et, en 1984, avait été fixé à 60 millions de dollars pour trois ans, se situe, en 1985-1986, à 219 millions de dollars pour le SIDA.

Le président: Monsieur Lesick, vous aviez une question.

M. Lesick: Monsieur le président, je me demandais simplement si le Dr. Gill pouvait terminer son exposé, afin que nous puissions l'interroger plus en détail, car je ne crois pas qu'il ait terminé.

Dr. Gill: J'ai déjà parlé de ce que vous allez voir... mais je vais vous passer toutes les diapositives, parce qu'elles me permettront de me rappeler ce que je voulais vous dire. Bon. Nous avons déjà parlé de tout cela. Quant aux dates, nous avons pris des dispositions avec le Dr. Gallo pour aller aux États-Unis, en avril, entreprendre le programme de dépistage du SIDA. Nous en ferons l'annonce en août. D'une manière, j'ai deux rôles à jouer. En tant que directeur du bureau, je peux faire les choses qui me semblent nécessaires, je tiens mes collègues des laboratoires provinciaux au courant de la situation, je consulte les directeurs des laboratoires provinciaux et je leur demande de m'appuyer dans certaines de mes démarches. Voici l'introduction au programme de dépistage du SIDA que j'ai entrepris dans mon laboratoire à l'aide d'un don de virus du laboratoire de Gallo en 1984.

Je suis également président du sous-comité de laboratoire pour le SIDA au sein du Comité consultatif national sur le SIDA. Mais lorsque j'ai accepté de présider le sous-comité, je l'ai fait à condition qu'il n'y ait aucune réunion de comité, car je refuse catégoriquement d'entendre quelqu'un qui cherche à retarder le processus me raconter comment nous allons enfreindre les droits des homosexuels. Alors, je me passe de comité.

À la fin d'août, nous avons annoncé le lancement de ce programme de dépistage dans le «Rapport hebdomadaire des maladies du Canada». Les gens que nous testons ont la priorité. Notre programme a été lancé bien avant celui de la Société canadienne de la Croix-Rouge, ou de tout autre groupe. Jusqu'ici, nous avons fait 20,000 tests sérologiques. Malgré tous les groupes d'étude et tous les patients en clinique au Canada, c'est nous qui avons réussi. Si on ne nous avait pas fait don du virus et que nous n'étions pas parti du principe qu'il faut foncer... Il me semble que lorsqu'on découvre un problème de santé publique, il faut s'y attaquer et l'éliminer. Il ne faut pas attendre la permission d'un comité. Du moins, moi, je n'attends pas.

Parlons maintenant des tests trimestriels des échantillons en clinique de juillet à septembre de l'exercice financier 1984-1985. Au cours du troisième trimestre de 1984, il y en a eu très peu. Cette année, de juillet à septembre, nous avons reçu près de 1,800 échantillons d'hôpitaux ou de médecins traitant des patients qu'ils croyaient avoir le SIDA. De ce nombre, 45 p. 100 avaient le virus. Et c'est grâce à notre service de dépistage que nous avons pu obtenir tous ces renseignements. Nous espérons maintenant que le nombre d'échantillons va diminuer

[Texte]

off in terms of our thrust, because we have lots of other work to do on the research and development side.

• 1050

But we are obviously giving a major reference laboratory support to all the provincial laboratories who are now just introducing their testing programs. They are basically using the screen tests and this IFA test. None of them are doing the confirmatory western blots yet. They are all having trouble, by the sound of it, doing that.

And now also to get around funny legal things regarding this test, the HTLV-III virus and the H-9 cell, which you can grow in the laboratory, is under the control of the National Institute for Technical Services of the United State. That is their patent office. So it is patented, and the patent rights will... be released to four or five companies in the United State.

When I recognize that we had the opportunity in Canada to push for this immunofluorescence test with Institut Armand Frappier in Montreal, who developed the test... I did the preliminary negotiation with the U.S. Public Health Service and again with the companies holding the rights, and I persuaded Litton Bionetics and Institut Armand Frappier to get together. Now they are negotiating the sub-licensing rights for that fluorescence test, between Canada and the U.S., and it probably is going to open up a market for the fluorescence test being produced by Institut Armand Frappier, both in the United States and worldwide, if those negotiations come to fulfilment, because the test is now accepted as being an excellent verification test.

It is a simple test; the technology is relatively easy that most virus laboratories are able to do it; whereas, the western blot is complex, it is technologically difficult. We know, in spite of having people in our laboratories to be trained in it, when they go back to their own base they run into problems. And it is very important that those test results are absolutely reliable, because that is where you are going to pick up people from the screen test—in Vancouver, Montreal, Toronto—where they have been screened either by the Red Cross or from physicians. And the number one cause of testing in the Toronto Centre for Public Health Lab now is anxiety. And that is number one. So these are coming in now.

Now, the screen test, depending on which system they are using, can be from 60% to 80% false positives. So it is very important that the verification test—whether that is a true positive or a false positive—is done with precision and with reliability. Currently, we are the only laboratory in the country, I think, with the western blot technology, which is one of the final arbiters of determining a patient's status. So in spite of our efforts of training, it has not taken off yet in the provincial laboratories. So all the problems associated with confirmatory testing are still devolving on us—they are just coming home to roost, as we predicted they would—that we have to increase our resources.

I phoned Vancouver yesterday, and they have had about a thousand sera through their alternative test site in Vancouver. Of the first 500, 100 were positive; that is 20% were true

[Traduction]

car nous avons encore beaucoup de travail de recherche et de développement à faire.

Il va sans dire que nous donnons énormément d'appui à tous les laboratoires provinciaux qui viennent de lancer leurs propres programmes de dépistage. Ils se servent essentiellement des tests de dépistage et du test IFA. Aucun d'eux ne fait encore de tests immuno-blotting, car, semble-t-il, ils leur posent tous des problèmes.

Sans compter qu'il faut maintenant contourner toutes sortes de petits problèmes juridiques créés par ce test. Le virus HTLV-III et la cellule H-9, que l'on peut cultiver en laboratoire, relèvent du *National Institute for Technical Services* des États-Unis, qui est le bureau américain des brevets. Comme ils sont brevetés, les droits ne sont accordés qu'à quatre ou cinq sociétés américaines.

Lorsque j'ai appris que nous avions la possibilité d'encourager l'utilisation du test d'immunofluorescence au Canada grâce à l'Institut Armand Frappier de Montréal qui l'a conçu... J'ai entrepris les négociations préliminaires avec le Service américain de la santé publique et avec les compagnies titulaires des droits, et j'ai réussi à convaincre la *Litton Bionetics* et l'Institut Armand Frappier d'ouvrir la discussion. Ils sont maintenant en train de négocier la répartition, entre le Canada et les États-Unis, des droits d'utilisation de ce test de fluorescence, ce qui va sûrement ouvrir la voie à l'Institut Armand Frappier pour produire ce test aux États-Unis et à l'échelle mondiale, car il est maintenant reconnu comme étant un excellent test de vérification.

Il s'agit d'un test bien simple que la plupart des laboratoires de virologie peuvent entreprendre facilement. Par contre, le test immuno-blotting est technologiquement difficile. Même si nous formons les gens dans nos laboratoires pour faire ce test, lorsqu'ils rentrent chez eux, ils ont des problèmes. Et la fiabilité absolue de ces tests a une importance capitale, car ce sont ces tests de dépistage qui nous permettent de repérer les cas qui nous sont soumis par la Croix-Rouge ou des médecins de Vancouver, Montréal ou Toronto. Et d'après le laboratoire du Centre de la santé publique de Toronto, la principale cause des tests à l'heure actuelle est l'inquiétude. Ce sont ces tests que nous recevons.

Quant au test de dépistage, il peut donner de 60 p. 100 à 80 p. 100 de faux positifs, dépendant du système employé. Il est donc très important que le test de vérification—pour déterminer s'il s'agit d'un vrai positif ou d'un faux positif—soit précis et fiable. A l'heure actuelle, je crois que nous sommes le seul laboratoire du Canada à employer le test de l'immuno-blotting qui est l'un des tests les plus précis pour déterminer l'état de santé du patient. Malgré tous nos efforts de formation le test n'est pas encore répandu dans les laboratoires provinciaux. Et, comme nous l'avions prévu, c'est nous qui écopons de tous les problèmes liés aux tests de vérification, et nous devons par conséquent augmenter nos ressources.

J'ai téléphoné à Vancouver hier, et j'ai appris que le laboratoire de test secondaire de cette région avait obtenu près d'un millier de sérums. On a utilisé le test de fluorescence sur

[Text]

positive by the fluorescence test. Similar figures are coming out of Toronto—about 20% positive amongst the specimens they are receiving. They are receiving them by the hundreds per month. This may be an initial blip where everybody with anxiety—anybody in any high-risk group, anybody who has had a transfusion who feels worried—is going to be tested. However, given the fact that this incubation period, even for blood transfusion, has a mean incubation period of five years, when you consider what has been circulating since this test in terms of the high-risk groups, and the high-risk groups now we extend to people who have any relatively promiscuous sexual activity... And of course, promiscuity is only an index epidemiologically of the risk of infection. As far as we know, and from anecdotal stories, a one-night stand is enough to become infected. So it is not repeated exposures, you know, from...

• 1055

One thing we do get is a lot of anecdotal stories to trouble-shoot. The things that come out of that you would not believe at times. But yes, we will look into it, etc. That goes on all the time. So as far as I am concerned as a biologist, a single exposure can result in an infection; there is no reason why it should not. So in spite of the epidemiological interpretation of what was going on originally, in fact people in the high-risk gay group will be asking their physicians if they can have sex 20 times a year and be okay, because the story out was with 500 partners a year you are in the high-risk group for AIDS. Okay, you are, sure; but that is related to the opportunity of exposure, not to the actual incidence of exposure.

So what has been going on with the spread of that virus unknowingly among people, and the very fact that people can become infected and not even have an antibody response and be infectious, as we know, is another problem that is in the background and will express itself over the next five to ten years. We just do not know how much of that virus is really around. In the United States, I think I gave you in a hand-out from Jaffe and other people some indication. I think last spring they were saying that they estimated 800,000 to 1,000,000 people in the United States are infected with that virus. So if you look at it from that viewpoint, you are looking at a virus that has been well seeded. The obvious preventive measures will be monogamous relationships, etc., as the key prevention. But now how do you tell people? And will people really comply? They do not. We know that from all the other STDs, the herpes story and everything else that from time immemorial has gone around. So we know it is going to be a continuing problem if sexual transmission is the major route.

In terms of heterosexual or homosexual and the figures you referred to from central Africa before, I never really addressed your question. It is my understanding from people who have been doing the investigations down there that this is a genuine heterosexual STD transmission, that there is very little homosexual practice in central Africa, that the ratio is 1 to 1.1 male to female, and that it is spreading in the classic STD clustering of businessman-prostitute, businessman-home, wife,

[Translation]

les 500 premiers, dont 100, ou 20 p. 100, étaient de vrais positifs. Le laboratoire de Toronto a obtenu des résultats semblables c'est-à-dire que 20 p. 100 des échantillons sont positifs. Les laboratoires reçoivent des centaines d'échantillons par mois. C'est un des problèmes initiaux de ce genre de service, ou tous ceux qui s'inquiètent—les membres de groupes à risque, ceux qui ont reçu une transfusion sanguine et qui s'en inquiètent—vont demander à être testés. Toutefois, étant donné que, même dans le cas de transfusions sanguines, la période d'incubation moyenne est de cinq ans, et que le patient continue de transmettre le virus après le test, surtout dans les groupes à risque—qui comprennent maintenant les gens qui s'adonnent à des liaisons sexuelles plus ou moins variées... Et, bien entendu, la promiscuité n'est qu'un indice épidémiologique du risque d'infection. Que nous sachions, d'après les histoires qui circulent, il suffit d'une aventure d'un soir pour être contaminé. Ce n'est pas le contact répété qui...

Une de nos activités consiste à vérifier beaucoup de rumeurs. Vous ne pourriez vous imaginer les histoires que les gens inventent. Mais nous sommes obligés d'accepter de les vérifier. Nous en entendons tous les jours. En tant que biologiste, j'estime qu'un seul contact suffit à transmettre l'infection; il n'y a pas de raison pour qu'il en faille plus. Donc, à cause du rapport épidémiologique qui est sorti au début, les homosexuels, pour qui le risque est grand, vont demander à leur médecin s'ils peuvent avoir des relations sexuelles 20 fois par année sans risque de contagion, puisqu'on disait que c'était avec 500 partenaires par année qu'on courait de grands risques de contacter le SIDA. C'est vrai, bien sûr, mais le risque est lié aux possibilités de contagion et non pas au nombre de contacts.

La propagation insidieuse du virus et le simple fait qu'il est possible de devenir contagieux sans que les anticorps ne réagissent créent un autre problème qui ne se manifestera qu'au cours des cinq ou dix prochaines années. Nous ne savons pas encore dans quelle mesure le virus s'est propagé. Je crois que je vous ai distribué un document publié par Jaffe et d'autres spécialistes qui vous donne une indication de la situation aux États-Unis. Si je me souviens bien, au printemps dernier, on estimait à entre 800,000 et 1,000,000 le nombre d'Américains contaminés par le virus. De ce point de vue-là, il s'agit d'un virus qui s'est fort bien implanté. Les mesures préventives les plus évidentes sont les relations monogames, etc. Mais comment le faire comprendre aux gens? Vont-ils suivre nos conseils? Non. Nous le savons à cause de toutes les autres MTS, de l'herpès et de toutes les autres maladies de ce genre qui existent depuis la nuit des temps. Nous savons donc que le problème continuera d'exister, car cette maladie est transmise principalement par voie sexuelle.

Je n'ai pas vraiment répondu à votre question au sujet des victimes hétérosexuelles et homosexuelles et des statistiques relatives à l'Afrique. D'après ce qu'en ont dit les spécialistes qui étudient la question en Afrique, le SIDA est une maladie transmissible par voie sexuelle tout à fait hétérosexuelle car il y a très peu d'homosexualité dans cette région d'Afrique. En fait, le rapport des victimes est d'un homme à 1.1 femme et le SIDA se répand comme toutes les MTS, c'est-à-dire de la

[Texte]

maid. They have these classic clusters of female to male, male to female spread of the virus in that way.

So I do not see it being any different. I think if you go to the original figures and the confusion that does exist in the minds of people that the high-risk group were the gay population with 500 partners a year to the statement several months ago from the U.S. Public Health Service that any male since 1977 who had a single homosexual encounter should not give blood, that is the kind of information that gets... People get confused over the false set of statements, and they quite rightly say all of a sudden they are saying that. So what is the risk of acquiring it?

I think the more the virus is seeded and the more we determine where it is seeded and the more we find out about routes of transmission... For instance, in the prostitute's story the question is whether a person, a prostitute, could pass it on without being infected by just having semen from a previous partner who is infectious; that is realistic as well, that it is a pick-up rather than the prostitute herself being infected. That is another route, a novel route. This is the kind of thing that is not being investigated. Is that going on and does that happen?

So I think the taboo of talking about sex and things like that has sort of suppressed real open discussion of the nature of a viral infection and what is going on. There are a lot of questions that have to be addressed in terms of infectious dose, routes of transmission, which we should be looking at quite carefully.

The Chairman: Dr. Marin.

M. Marin: Docteur, est-ce qu'on doit prévoir des mesures spéciales pour ceux que vous avez identifiés comme étant contaminés, des porteurs infectieux?

• 1100

Lors d'une discussion avec le Dr Shapiro, ce dernier prévoyait qu'on fasse peut-être, avec les gens contaminés par le SIDA, ce que nous avions fait dans le temps avec les tuberculeux: les isoler complètement et leur défendre tout contact avec le public.

Dr. Gill: If I understand you correctly, you are looking at what specific means could be taken to prevent those who are infectious from infecting, and what specific strategies one could direct oneself in order to reduce the incidence and spread of the infection. Is that a reasonable interpretation of what he is saying?

M. Marin: Oui.

Dr. Gill: I think it is the obvious education of people into how transmission of this virus occurs and that it is really an agent which can be transmitted by sexual contact once, and that is enough. So there really is an imposition on people who

[Traduction]

prostituée à l'homme d'affaires, de l'homme d'affaires à son épouse ou à sa bonne. On retrouve l'ordre classique de transmission du SIDA, de femme à homme, puis d'homme à femme.

Je ne crois pas qu'il y ait de différence à ce niveau-là. Si l'on prend toutes les rumeurs sans fondement qui circulent selon lesquelles les homosexuels avec plus de 500 partenaires par année constituent le groupe à grand risque, et qu'on les compare à une déclaration faite il y a plusieurs mois par le Service américain de la santé publique selon lequel tout homme qui, depuis 1977, a eu ne serait-ce qu'un seul contact homosexuel, devrait s'abstenir de donner du sang... C'est ce genre d'information qui... Les gens ne savent plus quoi penser, et il n'est donc pas étonnant de les entendre dire n'importe quoi. Quel est donc le risque de contacter le SIDA?

Je crois que plus le virus est implanté, plus nous allons trouver de cas dans la population, plus nous allons en apprendre sur les moyens de transmission de cette maladie... Par exemple, dans le cas des prostituées, il faut déterminer si la prostituée peut transmettre le SIDA sans l'avoir contracté elle-même, tout simplement parce qu'elle porte encore le sperme d'un client antérieur qui, lui, est contaminé. La transmission par un client plutôt que par la prostituée elle-même est une théorie réaliste. C'est un moyen auquel nous n'avions pas encore pensé et que personne n'a encore examiné. Il faut voir si ça peut vraiment se passer comme cela.

Je crois que tous les tabous entourant le sexe nous empêchent de parler ouvertement de cette infection virale et des circonstances qui l'entourent. Il reste encore beaucoup de questions auxquelles il faut répondre pour déterminer ce qui constitue une dose contagieuse, les moyens de transmission, etc., questions sur lesquelles nous devons nous pencher très attentivement.

Le président: Monsieur Marin.

Mr. Marin: Doctor, must we establish special measures for the people whom you have identified as infectious carriers?

During a discussion with Dr. Shapiro, he suggested that we might do with AIDS victims what we have done with tuberculosis victims in the past, namely, put them quarantine.

M. Gill: Si je vous ai bien compris, vous nous demandez quelles mesures précises on peut prendre pour empêcher les contagieux de communiquer la maladie, et quelles stratégies précises on peut prendre afin de réduire la fréquence et la propagation de la maladie. Ai-je bien compris?

Mr. Marin: Yes.

M. Gill: Il faut que les gens comprennent comment ce virus se transmet, et que la transmission de la maladie peut s'effectuer par un seul contact sexuel. Ceux qui ne veulent pas contracter le virus doivent rester monogames. Pour ce qui est

[Text]

want to remain free of virus to be monogamous. In terms of the strategies of determining whether your partner is clear or not clear—and therefore you could establish a monogamous relationship with somebody who is certified, so to speak, as being not infectious—that is taking place actually in the gay group right now, where people are going into these alternative test sites, getting tested, being declared free of virus and, therefore, establishing monogamous relationships with each other.

I think one of the target areas, which I raised recently at a lunch-time meeting in LCDC, is the young population, I think, the university student, those who are sexually active, the people with sexual drive and youth. I really do not think a lot of them understand. In talking to my daughter's friends a year ago, they did not understand the nature of this infection at all.

The Chairman: Dr. Gill, I think Dr. Marin had a different question. I think he was asking you whether or not we had to adopt more or less Draconian measures of isolating people against their will maybe in institutions.

Dr. Gill: I will get around to that answer . . .

The Chairman: Oh, I am sorry.

Dr. Gill: —in terms of saying one recognizes that if people understand it is essentially the sexual route of transmission and that if they will adjust their lifestyles accordingly, including the people who are infected, who will recognize they are infected and not deliberately infect others . . . Again, going through the measures you might want to take against those, I suppose one could feel the public pressure to take such measures to do something about punishing those in some way. But I do not think it should be necessary. There has been talk in Australia, talk in West Germany, about incarcerating people who are infected. I think this is a kind of public outcry and it sets a precedent, obviously, for anything else in which you say that because a life-threatening disease is being transmitted, such as syphilis or hepatitis B . . . You can also get chronic hepatitis B with hepatoma, which is fatal. So in terms of that, you would set a precedent.

Mr. Frith: Mr. Chairman, could I ask a supplementary along the same lines that Dr. Marin has indicated?

The Chairman: Mr. Frith.

Mr. Frith: In the United States, as an example, they have just decided that all of the armed forces are going to go through a screening process, and there was some outcry of contradiction of their rights. But with that argument to the side, if we know that a number of prostitutes can be carriers for the disease . . .

We in Canada have never really reached the stage that a lot of European countries have, where you have legalized prostitution and where you have public health authorities that can at least verify that these prostitutes have to go through a test, every two weeks or so many periods of time, to ensure that they are not carriers of venereal disease. Are we going to reach the stage where we have to institute that kind of screening

[Translation]

de déterminer si votre partenaire est contagieux ou non—afin d'établir une relation monogame avec quelqu'un qui est certifié non contagieux—c'est ce qui se passe actuellement parmi les homosexuels, ils subissent des épreuves afin d'obtenir un certificat, et ils établissent des relations monogames par la suite.

Comme je l'ai dit récemment à une réunion à midi au LLCM, la population cible est les étudiants à l'université qui ont une vie sexuelle, qui sont jeunes avec beaucoup de pulsions sexuelles. Je ne pense pas que ces étudiants comprennent la gravité de la situation. Les amis de ma fille avec qui j'ai parlé il y a un an, ne saisissaient pas du tout la nature de cette maladie.

Le président: Monsieur Gill, je pense que la question de M. Marin était tout à fait différente. Je pense qu'il vous a demandé s'il fallait prendre des mesures plus ou moins draconiennes, c'est-à-dire d'isoler les gens, contre leur volonté, dans des établissements.

M. Gill: J'y arrive . . .

Le président: Je suis désolé.

M. Gill: Il faut que les gens comprennent que la transmission de la maladie s'effectue par contact sexuel, et qu'il faut s'y adapter, y compris ceux qui sont infectés; il leur faut reconnaître qu'ils sont contagieux et ne pas infecter d'autres . . . Je suppose qu'il y aurait de la pression publique pour prendre des mesures punitives contre ceux qui sont contagieux. Mais je ne pense pas que ce soit nécessaire. En Australie et en Allemagne de l'Ouest on a parlé d'emprisonner ceux qui sont infectés. Il s'agit d'un tollé, et d'un précédent, car il s'agit d'une maladie mortelle, telle que la syphilis ou l'hépatite B . . . On pourrait aussi attraper l'hépatite B chronique avec hépatome, qui est mortelle. Alors, on pourrait établir un précédent.

M. Frith: Monsieur le président, j'aimerais poser une question supplémentaire semblable à celle de M. Marin.

Le président: Monsieur Frith.

M. Frith: Aux États-Unis, par exemple, ils ont décidé de faire subir à toutes les Forces armées une épreuve de criblage, et il y a eu protestation au sujet de leurs droits. Cela dit, si nous savons que nombre de prostituées sont porteuses de cette maladie . . .

Au Canada nous n'avons jamais légalisé la prostitution, comme plusieurs pays de l'Europe l'ont fait, où les hygiénistes obligent les prostituées de subir un test, toutes les deux semaines ou tous les tant, pour s'assurer qu'elles ne sont pas porteuses de maladies vénériennes. Le moment est-il arrivé où il faut établir un pistage de SIDA parmi les prostituées dans les grandes villes telles que Vancouver? Que font les hygiénis-

[Texte]

process for AIDS amongst prostitutes in cities where we know we have a big problem with it, such as Vancouver? What are the public health authorities doing in Vancouver if we know prostitutes are becoming one of the modes of transfer of the disease and that it is probably one of the key elements in the progression of the disease from a homosexual disease to a heterosexual disease, in that cycle?

• 1105

The Chairman: If I may, to the committee . . . I think we are getting a little off the topic of microbiology, where Dr. Gill is the expert. We will have other public health experts before us. But I do not want to dampen the discussion. These are very interesting questions, and very good ones.

Dr. Gill: I suppose it will come to the usual two components: that is, public pressure and the bottom line. If the bottom line is that your health care facilities are going to be destroyed by the numbers of persons infected with this AIDS virus taking over your hospital wings, etc., then people are going to say enough is enough, we have to stop that; we are destroying the health care system by the numbers of dollars which are going to AIDS-related disorders. Therefore the pressure will come from that side. The other pressure will come from the public saying you have to do something about it. So the internal health care system will look at the dollar figures ringing up and see what the diversion is from other health care priorities into tackling the serious afflictions of opportunistic cancer, which is a very expensive disease.

So I am a little cynical in saying that is where the pressure will come from, but I think that is where the major thrust would come from. But somebody should take action and institute more Draconian measures.

Mme Bertrand: Merci, monsieur le président. À la suite de votre remarque à l'endroit de M. Frith, je pense que ce dernier n'a peut-être pas posé les questions appropriées au Dr. Gill? Mais comme parlementaires et comme représentants de la population, les questions techniques que vous venez de nous exposer sont très intéressantes. Nous avons à répondre aux préoccupations de nos citoyens. Cependant, nous sommes un peu profanes dans cette matière. J'aurais donc deux questions à poser. La semaine dernière, je suis allée aux États-Unis et presque tous les jours, dans tous les journaux, il y avait de l'information ou des articles concernant le problème du SIDA. Je veux vous demander si au Canada, nous faisons de même? Est-ce que l'information ou les renseignements que les universités ou que vos bureaux possèdent seraient de nature à informer la population ou si, au contraire, cela sèmerait un mouvement de panique?

Dr. Gill: I think the need for people to know . . . the approach that has been taken so far has been, as in Barbara Frum's . . . the three-day event on television, the discussion with an AIDS patient there so that people could perceive what is the problem, and audience response to that problem . . . would present a forum. I think probably the way to get information out would be to present some organized, structured . . . especially through the television medium . . . whereas it is not from the professionals who can devise a program.

[Traduction]

tes à Vancouver, étant donné que les prostituées sont porteuses de la maladie, qu'elles sont un élément clé dans le transfert de la maladie des homosexuels aux hétérosexuels?

Le président: Si vous me le permettez . . . nous nous éloignons du domaine de la microbiologie, où M. Gill est expert. D'autres spécialistes en hygiène vont comparaître. Mais je ne veux pas nuire à la discussion, vos questions sont bonnes et intéressantes.

M. Gill: Au bout du compte, il s'agira d'imaginer de la pression publique et des fonds. S'il n'est plus possible de fournir des services sanitaires à cause du nombre des patients atteints du SIDA, la société va y mettre fin, elle va dire que le système sanitaire est en train d'être détruit par les exigences financières liées au SIDA. Vous verrez de la pression de ce côté. De l'autre côté, vous verrez de la pression du grand public pour faire quelque chose. Donc, les autorités du système sanitaire vont examiner les bilans du SIDA: combien d'argent pompe-t-il aux autres priorités de soins de santé? Il se caractérise très souvent, en effet, par des cancers «opportunistes» dont le traitement est fort onéreux.

Donc, je suis un peu cynique, mais j'estime que les pressions viendraient de ce côté. Il faut prendre des mesures plus draconiennes.

Mrs. Bertrand: Thank you, Mr. Chairman. After the remark that was made to Mr. Frith, I think that the questions he asked Dr. Gill may not have been totally appropriate. For us, though, as parliamentarians and as representatives of the public, the technical issues that you raised are very interesting ones. We have to answer citizens' concerns and yet we are not experts in the field. I have two questions to ask. Last week, I went to the United States, and almost every day there was information or articles about AIDS in the newspapers. Do we do the same thing in Canada? Does the information provided by the universities or by your offices serve to inform the public, or does it serve to sow the seeds of panic?

M. Gill: Pour ce qui est d'informer la population . . . l'approche est semblable à celle de Barbara Frum . . . c'est-à-dire elle a fait une émission de trois jours à la télévision, il y avait une discussion avec une personne atteinte de SIDA, afin de faire connaître le problème, et ensuite il y avait la réaction de la population à ce problème. Je pense qu'il faut renseigner la population d'une façon organisée . . . surtout au moyen de la télévision . . . tandis qu'actuellement ce ne sont pas les experts qui planifient le programme.

[Text]

The other approach is to have video cassettes of explanation of the nature of the problem done in layman's terms in the form of a video cassette, where people are tuned in to seeing things on their television sets and things like that. Currently there is a commercial product put out through the Institut Armand Frappier in the form of a video cassette explaining the nature of *SIDA*—AIDS—to the lay public. As a way of getting away from the constant barrage in the press of comments and inaccuracies . . . I think somebody has to target people, such as the young people, the universities, etc., with structured information which is done in simplified terms. It can go from whichever jurisdiction you want . . . I think the problems that have arisen, have arisen from people perhaps being too absolute in their statements by saying, there is no way you can get it this way; there is no way you can get it that way. Two weeks later, all of a sudden, there is an example of something that has happened which has denied that statement from a professional.

• 1110

I think one has to be very cautious, in terms of putting together information for the lay public, so you do not cheat them. As far as I am concerned, the lay public is a very intelligent body of people. You should not present things to them which are misleading. Therefore, it is very pertinent that well-presented, factual data be given to them, so they can interpret it relatively easily, and there are target groups.

A lot of the problems arise—for example, in Montreal, a schoolgirl's parents are infected, and there is pressure in that jurisdiction of the school system to do something about it. I think this lack of precise information and understanding, which can be done—one can do it if one puts one's mind to it.

Mr. Frith: At the very beginning you indicated that for the first time, you have a case—it has not yet been proved—where you might have had transmission of the disease through an open sore. There we were, just a month ago, indicating to the people in Montreal, look, there is no problem; this is ridiculous. These children should be able to enter the school system. I do not want to blow this up. I just want to make sure that you know it is on the record. I do not want to have this taken out of context or promoted in a way that is going to be injurious to the debate in the country. I want to make sure that the media in this room and I understand properly what we said a month ago: You could not transmit in that way. Now, however, you have suggested that it is possible.

Dr. Gill: If you want a reference point for this, although they do not quote this case in England, this current issue out of CDC this week of MNWR actually directs itself totally to the problem of transmission between health care workers and patients, and from patients to health care workers, and other situations. It is recognized that not only the AIDS virus but other considerations should take place between those people who are infected, such as . . . There are increasing incidences of tuberculosis in these people. The fact is that with AIDS, you might not be transmitting the virus but spreading TB. For instance, the figures on tuberculosis in the United States,

[Translation]

Une autre approche serait de faire des cassettes vidéo sur le problème, d'expliquer cela en termes profanes, car les gens ont l'habitude de voir des explications à la télévision. L'Institut Armand Frappier a récemment émis une cassette vidéo sur le SIDA qui est destinée aux profanes. C'est une façon d'éviter les commentaires et les inexactitudes sans cesse répétés dans la presse . . . Il faut informer les gens, tels que les jeunes, les universités, au moyen de renseignements simplifiés. Ces renseignements peuvent découler de n'importe quelle juridiction . . . Nous avons eu des difficultés car les gens ont fait des déclarations trop absolues, ils ont dit que l'on ne peut pas contracter le SIDA de cette façon ou d'une autre façon. Tout à coup, deux semaines plus tard, quelque chose arrive qui nie la déclaration de l'expert.

Quand il s'agit de renseigner les profanes, il faut être très prudent, il ne faut pas tricher. D'après moi, les profanes sont très intelligents. Il ne faut pas les induire en erreur. Il faut fournir des données précises et bien organisées, faciles à interpréter, pour des groupes cibles.

Nous faisons face à beaucoup de difficultés. Je pense au cas à Montréal où les parents d'une fille ont été infectés, et il y avait de la pression de la part du système scolaire pour faire quelque chose. C'est un exemple du manque de renseignements et de compréhension, qu'il faut rectifier. C'est possible, avec de la bonne volonté.

M. Frith: Tout à l'heure vous avez dit que vous avez rencontré pour la première fois un cas—même s'il n'est pas encore prouvé—où il pourrait y avoir transmission de la maladie par moyen d'une blessure ouverte. Mais, il y a un mois à peine nous disions aux Montréalais qu'il n'y avait pas de problème, que c'était ridicule de s'inquiéter. Je ne veux pas exagérer, mais j'aimerais une précision pour le dossier. Je ne veux pas citer le cas hors contexte, ni exagérer pour nuire au débat. Mais, j'aimerais m'assurer que les journalistes ici présents et moi-même comprennent ce que nous avons dit il y a un mois; c'est-à-dire, qu'il n'est pas possible de transmettre la maladie de cette façon. Vous dites, au contraire, qu'il est en fait possible.

M. Gill: Si vous voulez une référence, même si ce cas n'est pas cité en Angleterre, le rapport hebdomadaire des maladies courantes émis par le Laboratoire de lutte contre la maladie, parle exclusivement du problème des maladies transmissibles entre les hygiénistes et les patients, et ainsi de suite. On y dit qu'il faut tenir compte non seulement du virus SIDA mais aussi des gens qui sont infectés, tels que . . . Ces gens sont de plus en plus atteints de tuberculose. Il est possible qu'une personne atteinte du SIDA pourrait ne pas transmettre le virus mais propager la tuberculose. Selon les chiffres américains sur la tuberculose, il n'y a plus un proces-

[Texte]

which have been in constant decline for years, have now levelled off. Tuberculosis is no longer declining.

So going back to what you were saying, in the MNWR this week, there is a very well documented account of concerns for abrasions, weeping sores, etc., on the skin, in spite of the fact that they do not talk about the case reported in CDR in the UK. Probably one of the reasons is that—again, this is another thing which sort of distorts things a little bit. There is the requirement for documentation of a case of AIDS and the transmission of another case of AIDS . . .

In the United Kingdom story, the AIDS person who was being taken care of was from West Africa, and was never defined as a case of AIDS. However, based on clinical history, etc., almost certainly, it was a case of AIDS. The person taking care of that person was a middle-aged woman who was a neighbour, who had this eczema condition or skin condition, with some sort of weeping sores on her hands. This woman had no nursing training and cared for that person over a period of time. So one does not know, going back to the story, how much virus? What is the infectious dose? By what route? We do not know the answers. When you put a person in the situation of having constant open sores, taking care of a person who is almost certainly an AIDS victim but who has never been defined as an AIDS victim—I should not use the word 'victim'—but an AIDS sufferer, someone who almost certainly died of AIDS—you have a situation where the chances of infection are fairly high. We are not talking about the casual sort of risk.

• 1115

In terms of the general principles of looking after sick people and cleaning up, etc., if one follows these principles, one never expects to acquire infection. It is only when things are not done right . . . all the little things that occur in health care. The question is addressed in this article in which the physician himself is a carrier of the virus and he accidentally scalpel himself while doing an invasive technique. All that is addressed in this thing. I draw it to the attention of the media especially. If you read it carefully, you will see the perspective of the risks of acquisition and what can be done to prevent acquisition in terms of the simple things like washing your hands and using household bleach, disinfectant. If you were caring for an AIDS patient in the home, in terms of decontaminating things you work with, I think it is expressed very well in that MMWR article which I got a pre-print of last week—that is why I know it is coming out this week.

Mr. Young: I think it would be useful to the committee if we could obtain a copy of the article to which Dr. Gill is referring.

The Chairman: Are you free to give us a copy of that article, Dr. Gill?

Dr. Gill: I have a poor copy, but I can arrange for multiple copies to be sent to the committee.

The Chairman: That will be fine.

Mr. Young: If you could, it would be very helpful because one of the big problems . . .

[Traduction]

sus de nivellement, la tuberculose n'est plus en état de diminution.

Dans le rapport sur les maladies de cette semaine, il y a un rapport en profondeur sur les dermatoses, les abrasions, les blessures humides, même s'il ne fait pas état du cas cité par le CDR au Royaume-Uni. L'une des raisons est peut-être—c'est encore une raison pour la déformation des choses. Il faut avoir de la documentation pour les cas de SIDA et pour sa transmission . . .

Dans le cas au Royaume-Uni, la personne atteinte de SIDA venait de l'Afrique de l'Ouest, et on n'a jamais diagnostiqué le SIDA. Cependant, étant donné son anamnèse, c'était presque indubitablement le SIDA. La personne qui l'a soignée était une voisine d'un certain âge, qui avait une dermatose, ou un eczéma, avec des blessures humides aux mains. Cette femme n'a jamais eu une formation d'infirmière, et elle a soigné cette personne pendant une période donnée. Alors, on ne peut pas dire combien de contacts il faut avoir avec le virus avant de contracter la maladie. On ne peut pas dire quelle est la dose limite. Comment le SIDA se propage-t-il? Mystère. Quand une personne a des blessures ouvertes, quand elle soigne une personne qui est atteinte du SIDA, même cette maladie n'a pas été diagnostiquée, quelqu'un qui est mort du SIDA, le risque d'infection est assez élevé. Nous ne parlons pas des cas d'exposition occasionnelle.

Si l'on suit des principes de base pour les soins des malades, pour la propreté, l'infection est exclue. Elle arrive seulement quand les choses ne sont pas bien faites! Je veux dire toutes les petites choses qui arrivent dans les soins sanitaires. Dans cet article, il est question du médecin qui est porteur du virus, qui se coupe par accident avec un bistouri pendant la chirurgie. Messieurs des médias, prière de noter. Si vous le lisez soigneusement, vous en retirerez des renseignements sur ce qu'il faut faire afin de prévenir l'infection, en faisant des choses très simples comme se laver les mains et utiliser de l'eau de javel ou du désinfectant. Si vous soignez quelqu'un atteint du SIDA dans votre maison, je pense que la question de la décontamination y est bien traitée; j'en ai eu copie par anticipation, c'est pourquoi je peux vous en avertir.

M. Young: Je pense qu'il serait très utile au comité d'obtenir une copie de l'article dont fait mention M. Gill.

Le président: Pourriez-vous nous donner une copie, monsieur Gill?

M. Gill: Ma copie est mauvaise, mais je pourrai faire envoyer plusieurs copies au comité.

Le président: Très bien.

M. Young: Si vous voulez le faire, cela nous serait très utile, car l'un de nos grands problèmes . . .

[Text]

Dr. Gill: I think it is very readable, very pertinent. It is factual in so far as our current state of knowledge of the risks is concerned.

Mr. Young: One of the things this committee is concerned with is that we do not increase any concerns out there unduly.

Dr. Gill: I agree. I think that everything has to be put in the perspective of no undue alarm. I agree with that. It is destructive to the whole process of doing something useful.

Mr. Lesick: I do recall Dr. Clayton saying that transmission of this virus can be made if you have a cut and are dealing with a person who is infected as well. I recall hearing that on a previous occasion that he was here as a witness. Can a person be a carrier and not be infected?

Dr. Gill: In theory, that is true. In theory, the kind of situation one can envisage is one in which following exposure, for some reason or other, the virus does not induce an immune response. You have no measurement from that area that the person has been exposed but the virus integrates into some cell and just sits there. You become a potential source. As I mentioned earlier, what we do not know is what triggers that virus to come out. In theory, one could be infected but not infectious because the virus is integrated in some hidden tissue in the body which might not even be circulating blood—which normally you would not expect. It could be in the central nervous system and remain quiescent for years perhaps.

This is the major concern of people who are aware of these progressive neurological diseases. The nature of the disease in animals... How many people are sitting there with a quiescent virus which at the age of 45 will be triggered by something to come out? We know that this occurs in many latent infections in which people become deliberately immuno-suppressed, and so in people who were going for transplantation or for some reason or other have been deliberately immuno-suppressed we get the expression of certain latent infections.

• 1120

Mr. Lesick: Well then, Dr. Gill, is this what you would call the incubation period so that a person who is a carrier would eventually become infected with the disease after a certain incubation period?

Dr. Gill: A carrier normally is recognized as being infected and being infectious. In other words, you can show, as they have shown in limited last April... was an individual who had been antibody positive for 59 months—that is almost five years—and at two points in time had given blood, donated blood, and had caused two persons to come down with AIDS, at least two persons. He was still healthy, was an antibody positive person and was also infectious, and had been infectious, one assumes, for five years.

So you have that, which is a situation which is fairly easy to define by your blood screen test for antibody response. It is the persons who are infectious who do not have an antibody response... and again this has been looked at, for instance, in the case of the nurse in the United States whose husband was investigated because she became antibody positive after a

[Translation]

M. Gill: L'article est facile à lire et très pertinent. Il fait le point sur nos connaissances actuelles quant aux risques.

M. Young: Notre comité ne veut pas augmenter les inquiétudes de la population outre mesure.

M. Gill: Je suis d'accord. Il ne faut pas éveiller des craintes outre mesure. J'en suis d'accord. Il est destructif d'agir de cette façon.

M. Lesick: M. Clayton a bien dit que la transmission de ce virus peut s'effectuer au moyen d'une coupure, si vous soignez quelqu'un qui est infecté. Il l'a dit quand il a témoigné. Une personne, peut-elle être porteuse et ne pas être infectée?

M. Gill: Oui, en théorie. En théorie, quelqu'un peut être exposé, et pour une raison quelconque, le virus ne produit pas de réaction immunitaire. Il n'y a pas d'indication que la personne ait été exposée, mais le virus s'incorpore dans une cellule, et il y reste. La personne devient une source potentielle. Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous ne savons pas ce qui déclenche le virus. En théorie, quelqu'un peut être infecté sans être contagieux, car le virus s'est incorporé dans un tissu secret, à l'écart même du sang; ce que l'on n'attend pas normalement. Le virus peut rester tapi dans le système nerveux central pendant des années.

C'est la préoccupation majeure des experts du domaine des maladies neurologiques progressives. Dans le cas des animaux... Combien de gens ont des virus passifs qui s'activeront à l'âge de 45 ans? Nous savons qu'il en va de même dans le cas de certaines infections latentes alors que le système immunitaire est supprimé exprès, par exemple chez ceux qui subissent une greffe.

M. Lesick: Monsieur Gill, s'agit-il d'une période d'incubation; voulez-vous dire qu'une personne qui est porteuse serait infectée après une période d'incubation?

M. Gill: Normalement un porteur est infecté et contagieux. En d'autres termes, comme l'a démontré une étude et comme l'a dit le rapport au mois d'avril, des personnes porteuses d'anticorps... Il y avait un individu qui a eu des tests d'anticorps positifs pendant 59 mois, c'est-à-dire pendant presque cinq ans, il a été deux fois donneur de sang, et il a infecté au moins deux personnes avec le SIDA. Il était sain, ses tests d'anticorps étaient positifs; cependant il était contagieux, et ce, on le présume, depuis cinq ans.

Il est assez facile de déterminer la situation au moyen d'un test éliminatoire pour les anticorps. Mais ce sont les personnes contagieuses qui ne manifestent pas de réaction anticorps... Il y avait, par exemple, le cas de l'infirmière aux États-Unis qui a fait un test d'anticorps positif à la suite d'une piqûre, et dont le mari a été examiné. Son mari a eu des tests d'anticorps

[Texte]

needlestick injury. She lived with a husband who was antibody negative, and this is several months after, I suppose, she had become antibody positive. When they looked for infectious virus in his blood they found it. He was antibody negative. He had not mounted an antibody response. There is a complexity to this infection which is not easy to fathom.

Mr. Lesick: You are describing the complexity; you are describing the great fears. We have heard from Dr. Clayton that this is going to multiply by two and a half within a year and it will continue. Therefore I would suggest to you that this is virtually an epidemic.

Dr. Gill: It is an epidemic.

Mr. Lesick: It is an epidemic, and the nature of this virus with the mutations... We still do not know enough about it for a cure. Do you not believe the government should endeavour to do something to go all out with your department so we can get on with finding the eventual cure of this disease?

Dr. Gill: Absolutely.

Mr. Lesick: Is yours the only lab in Canada that does this type of work, or are universities across Canada doing some of the same?

Dr. Gill: Obviously the public health aspect of what we have been doing is providing a service in the diagnostic services, which I will come to.

Diagnosis: We are involved in all aspects of this work right now. In terms of ELISA screen, the serological screen testing, that is going on in all the Red Cross peripheral laboratories right now. That is as far as they go. The next level is verification tests, and the immunofluorescence test is the one of which I showed you pictures. That is being done by certain provincial laboratories as well as the screen test and is going to be probably adopted by hospital laboratories in the next x months.

One of the areas we are interested in—and this is where I am marrying my biotechnology program to the AIDS program—is bioantigen detection. What about people in that incubation period before they express antibody? They have been exposed. Can you detect antigen? Given the low number of cells in circulation it may not be easy, but we have a flowcytometer which is a machine capable of processing vast quantities or numbers of cells and we are looking using our monoclonal antibodies to attempt to detect antigen on blood cells which is being expressed on lymphocytes to have an early detection system for antigen before any immune response is mounted.

The other thing is infectious virus.

Going back to your question, I recently sent out a circular letter to what we call the 28 World Health Organization reporting laboratories in the country. I gave them a set of conditions as to whether or not they were in a position to isolate AIDS virus and do infectivity determinations on persons. I got a response from eight of them. So those are eight laboratories of the Public Health Service that have a capability, so they claim, of isolating virus and looking at virus. The

[Traduction]

négatifs, plusieurs mois après que ses tests à elle ont donné des anticorps positifs. Ayant cherché le virus dans le sang du mari, ils l'ont trouvé, mais ses anticorps étaient négatifs. Il ne manifestait pas une réaction d'anticorps. Donc, cette infection est très complexe et difficile à comprendre.

M. Lesick: Vous avez parlé de la complexité, et vous avez parlé des craintes aiguës. M. Clayton nous a dit que le nombre de victimes de cette maladie va augmenter de deux fois et demie dans l'année qui vient, et cela va continuer. C'est une épidémie.

M. Gill: C'est une épidémie.

M. Lesick: C'est une épidémie, et nous ne connaissons pas la nature de ce virus, ni ses mutations... Nous n'en connaissons pas assez pour trouver un remède. Ne croyez-vous pas que le gouvernement doit faire davantage afin de trouver un remède contre cette maladie?

M. Gill: Certainement.

M. Lesick: Votre laboratoire est-il le seul au Canada qui fait ce genre de travail, ou est-ce que les universités font le même genre de recherche?

M. Gill: Nous fournissons surtout un service de diagnostic, et j'y arrive.

Diagnostic: nous nous impliquons dans tous les aspects de la recherche. Pour ce qui est des épreuves ELISA, des épreuves sérologiques, elles sont disponibles dans tous les laboratoires de la Croix-Rouge actuellement. Ce sont des épreuves éliminatoires. Deuxièmement, il y a des épreuves de vérification, dont les épreuves immunofluorescentes dont je vous ai montré des diapositives. Cette épreuve est faite par certains laboratoires de la province, aussi bien que les épreuves éliminatoires, et elles seront probablement faites par des laboratoires hospitaliers d'ici peu.

Nous nous intéressons à la détection des bio-antigènes, et c'est une des raisons pour lesquelles j'essaie de lier mon programme de biotechnologie avec le programme SIDA. Qu'est-ce qui arrive chez les gens dans la période d'incubation avant qu'ils manifestent des anticorps? Ces personnes ont été exposées à la maladie. Est-il possible de détecter l'antigène? Comme il y a très peu de cellules qui circulent, ce ne serait pas facile, mais nous avons un cytomètre, soit une machine capable de traiter une grande quantité de cellules, et nous essayons d'utiliser nos anticorps monoclonaux afin de détecter l'antigène dans les cellules sanguines, qui est manifesté sur les lymphocytes, avant que la réaction immunitaire ne soit évidente.

Il y a aussi le virus infectieux.

Pour répondre à votre question, j'ai envoyé une lettre aux 28 laboratoires de l'Organisation mondiale de la santé du pays. Je leur ai envoyé un questionnaire sur leur capacité d'isoler le virus SIDA et de déterminer si une personne est contagieuse. Huit laboratoires m'ont répondu. Ce sont les huit laboratoires du ministère de la Santé qui sont capables, selon eux, d'isoler et d'étudier le virus. Nous voulions déterminer si ces laboratoires étaient en mesure de contribuer à la recherche menée par

[Text]

purpose with this was to determine whether or not any of these laboratories were in a position to contribute to multi-centre studies for drug treatment to measure the effect of an anti-viral on reducing infectivity in a person, to control, to reduce infectivity to not being detectable at least. Given the nature of the virus hiding away, we are not sure what that means.

• 1125

So we have eight laboratories we know of. We have two laboratories, l'Institut Armand Frappier and the Lady Davis Institute in Montreal, which have been working with the retroviruses of that series, of HTLV series, for the last few years. They are the most experienced laboratories in the country in terms of handling the virus and culturing the virus. They obtained the H-9 cells, the HTLV-III, from Bob Gallo two or three years ago, and since then have been working with it. HTLV-III they claimed a year last spring; they got it right away. But they had the HTLV-I from him prior to that. So those two labs are the only two laboratories that have been systematically working with the HTLV series of viruses.

Mr. Lesick: Are these university laboratories or are they private laboratories?

Dr. Gill: Institut Armand Frappier is related to the University of Quebec; it is in the institute side and not in the production side. But they have now a collaboration on the production side in terms of producing that test. The Lady Davis Institute is affiliated with the Jewish General Hospital; and Dr. Mark Wainberg, who is running that lab, has an appointment in McGill University in microbiology and immunology. So they are the two laboratories that are the most experienced.

We recently have started to work with the virus ourselves. We are going to use our abilities to detect the emergence of variants to characterize the nature of the infectious process, we hope, in our laboratories.

Mr. Lesick: One more question: What is ARC?

Dr. Gill: That is the AIDS-related complex, which is what some people refer to as a pre-AIDS condition in which the person is identified as being infected with HTLV-III virus and has two or more of the classic signs of AIDS; this might be changes in the helper-suppressor ratio, some perturbation of the immune system, or the other clinical signs and symptoms like night sweats, loss of weight, etc.—lymphadenopathy as well.

The Chairman: The chairman detects a sense on the part of many members to draw this to a close. I would like to recognize now, finally I guess, Dr. Marin, unless somebody else has an urgent question. If not, we will recognize Dr. Marin and then we are closing. Dr. Marin.

M. Marin: En 1983, le ministère de la Santé a formé un comité consultatif pour le SIDA. Est-ce que ce comité est toujours très actif et, à votre connaissance, est-ce qu'il continue à remplir son mandat?

[Translation]

nos centres pour déterminer s'il serait possible de réduire la nature contagieuse d'une personne au moyen d'une drogue antivirale. Étant donné la nature cachée de ces virus, nous n'en sommes pas certains.

Alors, huit laboratoires nous ont répondu. Il y a deux laboratoires à Montréal, c'est-à-dire l'Institut Armand Frappier et le *Lady Davis Institute*, qui ont travaillé avec les rétrovirus de la série HTLV, ces dernières années. Ce sont les laboratoires les plus expérimentés au pays dans le traitement et la culture du virus. Ils ont obtenu des cellules H-9, et les HTLV-III, de Bob Gallo il y a deux ou trois ans, et ils les étudient depuis. Ils ont demandé les HTLV-III il y a un an au printemps et ils les ont obtenus tout de suite. Ils avaient déjà reçu les HTLV-I du laboratoire Gallo. Ces deux laboratoires sont les seuls qui travaillent de façon systématique avec les virus de la série HTLV.

M. Lesick: S'agit-il de laboratoires universitaires ou de laboratoires privés?

Dr. Gill: L'Institut Armand Frappier est lié à l'université du Québec; c'est un centre de recherche et non pas de production. Il collabore actuellement à la production d'un test. Le *Lady Davis Institute* est affilié au *Jewish General Hospital* et M. Mark Wainberg, directeur du laboratoire, est à la division de microbiologie et d'immunologie à l'université McGill. Donc, ce sont les deux laboratoires les plus expérimentés.

Nous avons commencé nous-mêmes à étudier ce virus. Nous voulons détecter les variantes afin de mieux comprendre la nature de l'infection.

M. Lesick: Une autre question. Que veut dire ARC en anglais?

Dr. Gill: Cela veut dire: *AIDS-related complex*, c'est-à-dire les symptômes liés au SIDA, la condition préalable au SIDA dans laquelle on a diagnostiqué qu'une personne est atteinte du virus HTLV-III, qu'elle présente deux ou plusieurs signes classiques du SIDA; à savoir, des changements dans le rapport des mécanismes de défense naturels; des changements dans le système immunitaire; ou d'autres signes et symptômes telles que les sueurs nocturnes, la perte de poids, et ainsi de suite, et la lymphadénopathie aussi.

Le président: J'ai l'impression que les membres sont d'accord pour terminer. J'aimerais donner la parole à M. Marin, à moins que quelqu'un d'autre ait une question urgente. Sinon, je donne la parole à M. Marin, et nous allons terminer par la suite. Monsieur Marin.

Mr. Marin: In 1983, the Department of Health set up an advisory committee on AIDS. Is your committee still active and, to your knowledge, does it continue to fulfil its mandate?

[Texte]

Dr. Gill: Yes, the committee—if you got a breakdown of the committee—has various subsections. There is a section on communications, which is responsible for ensuring the communications go out. There is a section on epidemiology, which looks after and collaborates with other jurisdictions on understanding the epidemiology. That is a difficult committee, because you have to persuade the provincial authorities to be uniform in their approach to reporting, to providing information on the infected person and the suspected infected person; that is a rather difficult one.

The laboratories committee, of which I am the chairman, has perhaps an easier task, in that we are the more scientific oriented, doing the practical things in which we have a history. I am also director of the Bureau of Microbiology, so I wear the two hats, and I can just make sure that what I perceive as a public health microbiologist is addressed by our committee. I consult with them, and we are doing things mainly related to understanding the immune disfunctions that are taking place. In other words, we are monitoring the patients in these high-risk groups to determine when immune disfunction is occurring. Obviously the presence of the virus in those groups is spreading. We have been giving our earliest attention to that problem of how we are going to detect persons who are infected and how we are going to monitor the immune disfunction. That committee... We again pass because I am from the inside chariot. I have managed to meet at least twice a year to discuss advances and because the persons who co-opted to meet, who are running the study groups in the various cities, come to that meeting, so, Jean-Marie Dupuis of Institut Armand Frappier is a part of that committee and he brings his Haitian study information to that meeting. We put out a report which is then circulated to the NAC-AIDS committee. We follow the scientific literature and share the information in terms of what is unfolding there.

[Traduction]

Dr Gill: Oui, si vous connaissez le Comité, vous savez que le Comité est divisé. Il y a une section sur les communications qui est responsable de l'émission des communications. Il y a une section sur l'épidémiologie, qui collabore dans les recherches sur l'épidémiologie. Ce Comité est difficile car il faut convaincre les autorités provinciales d'uniformiser leur approche, de fournir des renseignements sur les personnes infectées, et les personnes soupçonnées d'être infectées, et c'est une tâche difficile.

Je suis président du Comité sur les laboratoires, et sa tâche est peut-être plus facile, car notre orientation est plutôt scientifique. Je suis aussi directeur du bureau de microbiologie, donc j'ai deux mandats. En tant que microbiologiste au ministère de la Santé, j'essaie de m'assurer que les problèmes, tels que je les perçois, sont traités par notre Comité. Nous avons des consultations, et notre travail porte principalement sur la compréhension du dysfonctionnement du système immunitaire. En d'autres termes, nous surveillons les patients dans les groupes à grand risque afin de déterminer quand le dysfonctionnement du système immunitaire commence. Il est évident que le virus se propage dans ces groupes. Notre priorité est de savoir comment déterminer qui est infecté et comment surveiller le dysfonctionnement du système immunitaire. Ce Comité... Nous travaillons ensemble car je connais les dessous de l'affaire. J'ai réussi à nous faire réunir deux fois l'année dernière afin de discuter les résultats de la recherche; les personnes responsables des groupes d'étude dans les villes différentes viennent à ces réunions, alors, Jean-Marie Dupuis en est, de l'Institut Armand Frappier, et il y apporte ces renseignements sur le Haïti. Nous écrivons un rapport qui est distribué au Comité consultatif national sur le SIDA. Nous dépouillons les revues scientifiques, et nous partageons les renseignements sur les événements. Le Comité de recherches ne fait pas vraiment de la recherche, par opposition au Comité sur les laboratoires, qui s'implique dans les laboratoires et s'assure que les études sont faites.

• 1130

The research committee is essentially a committee which does not do research, as opposed to the laboratory committee which is intimately involved in laboratory aspects and ensures that laboratory things are done. And they essentially have just been monitoring the amount of research that is being done in Canada and is related, and immunological work funded by MRC which might be related, or seen as being related, and also the amount of direct grants to AIDS-related work. In terms of the National Advisory Committee on AIDS, these committees report both their activities on an annual basis which are put in the annual report of the National Advisory Committee on AIDS.

One of the problems, I guess, is of course the usual one in Canada of distance, having meetings, and having the expense of those meetings assigned to a sort of travel budget, etc. But the various subcommittees in their own way independently attempt to address the problems without having to be brought together at a national advisory meeting. So the telephone is made a lot of use of. And the activities arise, based on the

Le Comité de recherches surveille la recherche faite au Canada qui est pertinente, et la recherche sur l'immunologie, appuyée par le CMR, qui peut être pertinente, et les subventions directes liées au SIDA. Ces comités font rapport sur leurs activités une fois par an, et elles figurent dans le rapport annuel du Comité consultatif national sur le SIDA.

Il y a toujours le problème au Canada de la distance à parcourir pour ces réunions, et les coûts impliqués. Les sous-comités essaient de résoudre le problème sans avoir une réunion du Comité consultatif national. Donc, on recourt beaucoup au téléphone. Nos activités sont plus ou moins liées aux événements qui se succèdent...

[Text]

pressures which are occurring at any one point in time to some extent.

The Chairman: Dr. Gill, on behalf of the committee, may I thank you for your very clear, lucid, up to date and frank discussion this morning. Your testimony has been very helpful to us. If we require further help, we may get back to you at a later date.

The next meeting of this committee is planned for Thursday of next week, November 28, and our witness then will be Dr. Phil Gold of Montreal.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

Le président: Monsieur Gill, au nom du Comité, j'aimerais vous remercier de votre mémoire lucide, précis, et actuel. Notre discussion ce matin a été très franche. Votre témoignage nous est très utile. Si nous avons de nouveau besoin d'aide, nous allons nous remettre en contact avec vous.

La prochaine réunion de ce Comité aura lieu le jeudi 28 novembre, et notre témoin sera M. Phil Gold de Montréal.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Peter Gill, Director, Bureau of Microbiology, Laboratory Centre for Disease control.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

M. Peter Gill, directeur, Bureau de microbiologie, Direction du laboratoire de lutte contre la maladie.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 24

Thursday, November 28, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 24

Le jeudi 28 novembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Leo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 28, 1985

(29)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:41 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, Barry Turner and Neil Young.

Alternates present: Tom Hockin, Bill Lesick, Alan Redway and Lucie Pépin.

In attendance: From the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witness: Dr. Phil Gold, Montreal General Hospital.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

The witness made a presentation and answered questions.

The Chairman presented the Eleventh Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which is as follows:

The Sub-committee on Agenda and Procedure met on Tuesday, November 19, 1985 and agreed to make the following recommendations:

1. That the Minister of National Health and Welfare be invited to appear before the Committee on Monday, December 2, 1985 at 3:30 o'clock p.m. for the consideration of votes under NATIONAL HEALTH AND WELFARE for the Supplementary Estimates (B) for the fiscal year ending March 31, 1986, pursuant to our Order of Reference dated Wednesday November 6, 1985;
2. That, in relation to the said Order of Reference pertaining to the Supplementary Estimates (B) 1985-86, the Chairman be authorized to invite representatives from the First Nations Confederacy to the meeting scheduled for Monday, December 2, 1985 at 3:30 o'clock p.m. and that reasonable travelling and living expenses be paid to no more than three (3) representatives from this organization;
3. That in relation to its Order of Reference dated April 22, 1985, relating to the Annual Report 1983-84 of the Department of National Health and Welfare and of September 10, 1985, relating to the Annual Report 1984-85 of the Medical Research Council of Canada pertaining to the Committee's study on AIDS, the Chairman be authorized to extend an invitation to appear to representatives of the Canadian Red Cross Society and the AIDS Centre in Vancouver;

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 28 NOVEMBRE 1985

(29)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 41, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, Barry Turner, Neil Young.

Substituts présents: Tom Hockin, Bill Lesick, Alan Redway, Lucie Pépin.

Aussi présent: De la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoin: Dr Phil Gold, Hôpital général de Montréal.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Le témoin donne un exposé et répond aux questions.

Le président présente le Onzième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, libellé en ces termes:

Le Sous-comité du programme et de la procédure s'est réuni le jeudi 31 octobre 1985 et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1. Que le Comité invite le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à comparaître à la réunion prévue pour le lundi 2 décembre 1985 à 15h30 afin de procéder à l'étude des crédits inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL du Budget des dépenses supplémentaire (B) pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1986, conformément à son ordre de renvoi du mercredi 6 novembre 1985;
2. Qu'en ce qui a trait à l'ordre de renvoi relatif au Budget des dépenses supplémentaire (B) 1985-1986, le Comité permette au président d'inviter des représentants de la «First Nations Confederacy» à la réunion du lundi 2 décembre 1985 à 15h30 et que des frais de déplacement et de logement jugés raisonnables soient remboursés et que le remboursement de tels frais se limite à trois (3) représentants de cet organisme;
3. Qu'en ce qui a trait à ses ordres de renvoi en date du 22 avril 1985 portant sur le Rapport annuel 1983-1984 du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et du 10 septembre 1985, portant sur le rapport annuel 1984-1985 du Conseil de recherches médicales du Canada, relativement à l'étude sur le SIDA, le Comité permette au Président d'inviter des porte-parole de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Centre sur le SIDA à Vancouver;

4. That, in relation to the said Orders of Reference, the Committee retain the services of Robert Milko, from the Library of Parliament, as Research Officer to assist the Committee in its study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).

Neil Young moved,—That the Report be concurred in.

Charles-Eugène Marin moved,—That the motion be amended by deleting the words “be concurred in” and substituting the following therefor:

“be amended by deleting paragraph 2.”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

It was agreed,—That the report, as amended, be concurred in.

Questioning of the witness resumed.

At 11:14 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

4. Qu'en ce qui a trait à son étude sur le SIDA, le Comité retienne les services de Robert Milko, de la Bibliothèque du Parlement, à titre d'attaché de recherche pour les fins de l'étude relative au Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Neil Young propose,—Que le Rapport soit adopté.

Charles-Eugène Marin propose,—Que la motion soit modifiée en substituant aux mots «soit adopté» ce qui suit:

«soit modifié en retranchant le deuxième alinéa.»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

Il est convenu,—Que le rapport, ainsi modifié, soit adopté.

L'interrogatoire des témoins se poursuit.

A 11 h 14, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, November 28, 1985

• 0940

The Chairman: We call this meeting to order. Although we have some business to transact this morning, we will have to wait until we have a quorum of eight members to adopt motions.

We will proceed with the order of the day for this occasion, which is resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985.

Our witness today is Dr. Phil Gold from Montreal, who is the chairman of the Department of Medicine, I believe, at the Montreal General Hospital... correction, at McGill University. My information here does not tell me this, but I have been told by other sources that he is one of the leading cancer researchers in Canada, extremely well thought of in the medical profession. Dr. Gold, we are certainly grateful that you have taken time to be with us today.

The committee looks upon this issue of AIDS as a very important area, and we have concerns about what we should be doing and what the Canadian people should know about it. I hope you will be able to discuss with us, not only some of the scientific points of view from your point of view as a researcher, but also any ideas and suggestions on other areas, involving the clinical aspects of it, the funding aspects. I am sure we would want to have your views in these areas at the same time.

Dr. Gold, I understand you have some slides. Do you wish to proceed now with your presentation and then we will have questions after your presentation?

Dr. Phil Gold (Physician-in-Chief, Montreal General Hospital and Chairman, Department of Medicine, McGill University): Thank you very much, sir.

I think there are summaries which have been distributed that summarize in point form some of the observations that have been made in our laboratories. I think that perhaps those are not quite as flowing as I would like them to be, in the sense of telling the story. Therefore, with your permission, I would like to go through this in a fashion that will allow a more complete picture to be seen, in terms of the work that we have done. If I could begin with the slides...

As I think most of you already have been told—and I would hate to reiterate things that have already been said. I know that Dr. Clayton and Dr. Gill have been here. I will try not to go through too many things that have been said already—but the problem of AIDS was first really brought to light in an article in the *The New York Times* in 1981 in the month of June when the Center for Disease Control in Atlanta reported five cases of a rather strange kind of pneumonia with an opportunistic organism that ordinarily is not a cause of

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 28 novembre 1985

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons ce matin quelques questions à régler, mais pour adopter des motions nous devons attendre d'avoir un quorum de huit membres.

Nous revenons donc à l'ordre du jour, à savoir la reprise des travaux prévus aux ordres de renvoi du Comité portant sur les rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière terminée le 31 mars 1984, et du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière terminée le 31 mars 1985.

Nous avons comme témoin aujourd'hui le Dr Phil Gold, président du département de médecine de l'Hôpital général de Montréal, je crois... Excusez-moi, j'ai fait erreur, de l'université McGill. Je n'ai pas ce renseignement dans mes notes, mais j'ai appris par d'autres sources qu'il est une sommité médicale, l'un des plus éminents chercheurs canadiens dans le domaine du cancer. Docteur Gold, nous vous savons gré d'avoir bien voulu nous consacrer votre temps aujourd'hui.

Le Comité attache la plus grande importance à la question du SIDA et s'interroge sur les initiatives à prendre et sur l'information à donner au peuple canadien. J'espère que vous pourrez nous présenter non seulement, en tant que chercheur, les aspects scientifiques de la question, mais que vous pourrez également nous livrer vos réflexions sur d'autres aspects de la question, à savoir les services hospitaliers et leur financement. Nous tenons beaucoup à connaître également vos vues sur ces questions.

Vous me dites que vous avez des diapositives, docteur Gold. Allez-vous nous en faire la projection maintenant, après quoi nous vous poserons des questions?

Dr Phil Gold (médecin en chef, Hôpital général de Montréal et président du département de médecine, université McGill): Je vous remercie beaucoup, monsieur.

Dés résumés vous ont été remis, qui présentent sous une forme concise certaines observations enregistrées dans nos laboratoires, mais celles-ci ne sont pas aussi éloquentes que je le voudrais, en ce sens qu'elles ne révèlent pas suffisamment les faits. C'est pourquoi, si vous le permettez, j'aimerais vous présenter un panorama de nos travaux. Permettez-moi de commencer par les diapositives...

Le Dr Clayton et le Dr Gill m'ayant précédé, on a déjà dû vous dire beaucoup de choses et je n'aimerais pas répéter ce qui a déjà été dit. Je m'efforcerai donc d'éviter les redites, mais la révélation du SIDA a été faite en juin 1981 par un article du *The New York Times* lorsque le *Center for Disease Control* d'Atlanta a signalé cinq cas d'une pneumonie de type plutôt rare, caractérisée par la présence d'un micro-organisme qui n'est généralement pas pathogène dans un individu sain. Puis peu de temps après, la même institution a signalé dix autres

[Text]

problems in the healthy individual. Then, ten more such cases were forthcoming very shortly from the same source. A month later, again from Atlanta, 26 cases of so-called Kaposi's sarcoma, which is a disease extremely rare in North America, virtually in the world, were reported, again in 26 young homosexual men in the United States. Ordinarily, this disease is seen in Africa in elderly males and occasionally, in the Mediterranean in females. Therefore, this situation, a diagnosis made over 30 months, was a very unusual and virtually epidemic phenomenon.

One year later, there were 500 cases of this disease which initially, as you may recall, was called GRID5 or gay related immunodeficiency syndrome, because it was primarily occurring in homosexuals, and then became AIDS or acquired immunodeficiency syndrome, because of the abnormalities seen in the immune system. We will go into that in just a moment.

• 0945

At the time, in 1982, there was also an untoward number of Haitians affected by this problem. At the same time, there were three reports of hemophiliacs in the United States who had developed this AIDS syndrome.

My initial interest and that of my colleagues was to study a disease from before the time it began. If one looks at the problem of AIDS in an AIDS patient, one is already looking at a time frame; that is, the disease is there and we are now trying to work backward to determine what happened and why.

In the hemophiliac, the hypothesis was that these people started off being reasonably well and, in some fashion, they became ill, presumably because of what they were receiving in the way of blood products, which kept them alive. Otherwise, they would have bled to death.

For the first time, we had a model whereby we could start with an individual who was well and then follow him through until the point where he became ill and, if such was the case, to the final stage of his disease. In 1982, when we began the study, we noted a breakdown among the population, which has not changed very much: homosexual males accounted for 75% of the problem; drug abusers 13%; the Haitians for about 6%; and hemophiliacs, a pittance of 0.7%.

However, a major problem, in terms of the percentage of hemophiliacs, was among 'others', which is the most rapidly growing group at the moment. I think this is what brought this into the public eye: suddenly it was no longer someone else's problem; it was everybody's problem. The 'others', which I guess other people call miscellaneous, fall into this group. Six percent of the total in North America are females. I think it is worth making note of the fact that in Zaire and maybe in the waist of Africa, where the other major epidemic is occurring right now, 50% are females.

This raises the question: What is the vector? How is the disease spread? Is it only a matter of homosexuality? The

[Translation]

cas analogues. Un mois plus tard, le même centre d'Atlanta a rapporté 26 cas du sarcome dit Kaposi, maladie extrêmement rare en Amérique du Nord et même ailleurs, dont étaient atteints 26 jeunes homosexuels américains. C'est une maladie généralement diagnostiquée en Afrique, chez des hommes d'un certain âge et parfois chez les femmes du Bassin méditerranéen. C'est pourquoi les cas signalés à Atlanta sur une période de 30 mois présentaient des caractéristiques fort singulières et constituaient pratiquement un phénomène d'épidémie.

Un an plus tard, on comptait 500 cas de cette maladie qui, vous vous en souvenez, avait été appelée à l'origine *GRAIDS* (syndrome immunodéficientiel lié à l'homosexualité) parce que les cas touchaient surtout les homosexuels, puis on l'a appelée SIDA, ou syndrome immunodéficientiel acquis, en raison des anomalies constatées dans le système immunitaire de l'organisme, mais nous allons aborder ce chapitre dans un instant.

A l'époque, en 1982, il y avait également un nombre disproportionné de Haïtiens atteints de cette maladie. Par ailleurs, trois cas d'hémophiles atteints du SIDA ont été signalés aux États-Unis.

Ce qui nous intéressait au début, mes collègues et moi, c'était d'étudier une maladie avant même qu'elle ne se déclare. Si on examine un malade atteint du SIDA, on est déjà en plein déroulement temporel de la maladie, qui est présente, et l'on essaie de remonter le temps pour découvrir ce qui s'est produit et pourquoi.

Avec les hémophiles, on est parti de l'hypothèse que ces gens étaient en relativement bonne santé puis étaient mystérieusement atteints de la maladie, probablement en raison des dérivés sanguins qu'ils recevaient en transfusion pour les maintenir en vie, puisque autrement ils seraient morts d'hémorragie.

On disposait pour la première fois d'un modèle qui nous permettait de suivre un individu en bonne santé jusqu'au point où il était atteint de la maladie et, dans ce cas, jusqu'à la phase terminale de la maladie. Parce que nous avons entrepris cette étude en 1982, la ventilation de la maladie dans la population se présentait à peu près comme à l'heure actuelle: 75 p. 100 des gens atteints du SIDA étaient des homosexuels; 13 p. 100, des drogués; 6 p. 100, des Haïtiens et seulement 0,7 p. 100, des hémophiles.

Le grave problème, toutefois, c'est que c'est actuellement le groupe des hémophiles qui augmente le plus rapidement. Ce sont eux qui ont soudain fait de la question du SIDA un problème général, celui qui ne concerne plus seulement quelqu'un d'autre, mais qui concerne tout le monde. Ceux que l'on classe dans la catégorie «divers» appartiennent à ce groupe. En Amérique du Nord, 6 p. 100 de tous les malades atteints du SIDA sont des femmes. Il convient de noter qu'au Zaïre, et peut-être en Afrique centrale, où sévit actuellement l'autre grande épidémie de SIDA, 50 p. 100 des cas sont des femmes.

Ceci soulève la question du vecteur, de la propagation de la maladie. N'est-elle due qu'à l'homosexualité? La réponse est

[Texte]

answer is obviously no. This is one area, one amplification mechanism, but it is not anything near the whole question.

We began our study of hemophiliacs as shown here. We have initially three patients reported from 1982. At this point in time, there are 120 hemophiliac patients with AIDS in North America.

In the hand-out summaries, we indicate that two of our patients in the study had developed AIDS. In the last 10 days, there have been three more added to this number. So things are beginning to move in a very rapid fashion indeed.

We began to look at the beginning of the disease process. In patients who had not, as far as we could tell, been infected with the so-called AIDS virus—which should not be called AIDS virus because I am not sure it is the cause of the disease by itself—none of our patients were positive for the virus. When we do these tests, as I am sure Dr. Clayton and Dr. Gill may have already pointed out, we have no way of knowing whether a patient is post-infectious or post-infectioned, that is, still infected, and even if infected, if that patient is infectious. It simply tells us the patient has been exposed to virus. We do not know when and we do not know if still.

When we began to look at our hemophiliacs who were well, these people were totally healthy individuals except for requiring Factor XIII by injection on a monthly basis for the most part, with varying concentrations, depending upon the problem they had and how severe it was.

I also should point out that, for people receiving blood materials for hemophilia, the pools of blood from which the factor is extracted will be made up of at least 100,000 individuals. The serum is pooled from 100,000 people and then the factor extracted. They are exposed to large numbers of people. If, as we now believe it to be the case, one in 1,000 people in the environment is carrying the virus, this may be a causative factor in AIDS. Then virtually everyone exposed to blood products in this fashion will be exposed to the virus.

• 0950

In any event, looking at this again, we found there were a number of immunological abnormalities, all of which are listed in your summaries, and these were primarily in the so-called cell-mediated area of the immune response, affecting the T lymphocytes, which are in fact the quarterback of the immune system. I use this because I will be going into the football plays in a minute. The T lymphocyte, which is the one that is going to get it in the neck, is in fact the one that runs and drives the immune system.

If we look at the various cells involved, there were quantitative abnormalities in the white cells involved in immunity and there were changes of these cells on their surfaces, which means they were receiving signals and providing signals that were inappropriate. So somehow the entire mechanism whereby the immune system was regulated had become disordered.

[Traduction]

évidemment négative. L'homosexualité est l'un des facteurs de propagation, mais on est loin d'avoir ainsi épuisé la question.

Nous avons donc entrepris notre étude de malades atteints d'hémophilie, comme vous pouvez le voir ici. Nous avons trois de ces cas en 1982, mais à l'heure actuelle, l'Amérique du Nord compte 120 hémophiles atteints du SIDA.

Dans le résumé que je vous ai remis, nous rapportons que deux des malades qui font l'objet de notre étude sont atteints du SIDA. Au cours des dix derniers jours, trois nouveaux cas ont été signalés. Les choses évoluent donc très rapidement.

Nous avons commencé par examiner la genèse de la maladie. Les malades qui n'avaient pas, à notre connaissance, été atteints de ce qu'on appelle, à tort, le virus du SIDA—car on n'est pas certain que ce virus soit la cause de la maladie elle-même—aucun de nos malades n'a présenté de réaction positive. Parce que nous faisons ces tests sur un malade—je suis sûr que les Dr Clayton et Gill vous l'ont déjà dit—nous n'avons aucun moyen de savoir si le patient est post-infectieux ou post-contaminé, c'est-à-dire encore infecté, et dans ce cas, s'il est contagieux. Tout ce que nous révèle le test, c'est si le malade a été exposé au virus, mais nous ne savons ni quand ni s'il l'est encore.

Lorsque nous avons commencé à examiner les hémophiles en bonne santé, ces gens étaient parfaitement sains sinon qu'il leur fallait une injection mensuelle de facteur antihémophilique XIII en concentrations variées, selon la nature de la déficience et sa gravité.

Je dois également attirer votre attention sur le fait que les produits sanguins pour hémophiles sont extraits à partir d'une banque du sang à laquelle contribuent au moins 100,000 individus. Le sérum est prélevé sur le sang de ces 100,000 personnes et c'est de ce sérum composite que l'on extrait le facteur XIII. Le produit injecté aux hémophiles provient donc d'un grand nombre de personnes et si, comme nous le croyons à l'heure actuelle, un individu sur mille est porteur du virus, ceci peut être un facteur contributif du SIDA. En ce cas, pratiquement chaque personne transfusée avec des produits sanguins est exposée au virus.

Quoi qu'il en soit, en réexaminant la question, nous avons constaté un certain nombre d'anomalies immunologiques, toutes énoncées dans vos résumés, anomalies qui se retrouvaient surtout dans la zone dite à médiation cellulaire de la réponse immunitaire et portant sur les lymphocytes T, qui sont en fait le quart-arrière du système immunitaire. J'utilise cette image parce que je vais bientôt revenir au jeu de football. Le lymphocyte T, celui qui va prendre les coups, est en fait celui qui dirige et commande tout le système immunitaire.

Si nous examinons les différentes cellules en jeu, on a constaté des anomalies quantitatives dans les globules blancs qui jouent un rôle dans l'immunité et des changements à la surface de ces globules, ce qui signifie qu'ils recevaient et transmettaient des signaux inappropriés. La confusion régnait donc dans tout le mécanisme de réglementation du système immunitaire.

[Text]

I have indicated the major deficiency when the virus attack took place ... and this is again with viral invasion. Until one point no viruses had attacked. Now 70% of our patients in the last three years have become infected. So obviously there was no virus in our environment until that time. Within the last three and a half years, 70% of our patients have been infected by this new agent that is now with us. What transpires when that occurs is a major decrease in the population of T cells, which are known as 'helper cells', which are necessary to allow the immune reaction to go forward. These drop by some 30% immediately after infection occurs.

So we had learned that until 1981-82 there was no virus in our milieu. However, there were still abnormalities in the hemophiles' immune system just because of exposure to blood products. In other words, constant stimulation by foreign protein had altered the immune response. Then by 1982-83, 70% now become infected with what is a new agent. This further causes abnormality in their immune system, primarily decreasing the number of helper T cells, or the so-called T4 helper cells.

Now, when do doctors get involved and do things they do not mean to do? The initial intention has been official: treatment with biological products. But occasionally we do do things we do not intend to do; and we do it obviously because we do not know any better at the time, and hopefully we learn by our mistakes.

On the screen are the types of blood products one can administer. There are a wide variety of them, from whole blood through to blood factors of various kinds of cells. On the screen are the various diseases for which these are given. There are quite a multitude of conditions that require the administration of materials, up to and including the provision of vaccines, which in fact all of us at one time or another receive to be immunized against various disease complexes.

On this slide we see the kinds of materials that have always been transmitted with the administration of blood products or extracts or vaccines, and the problems they have caused over the years; the diseases of the agents involved by transfusion. This is again from people who have given blood when the blood is given to a recipient for the reasons for which they required it. The ones we are most interested today are hepatitis, which not very long ago became apparent in our environment as a virally transmitted disease which is a constant problem in blood handling. We suddenly became aware that we should not use blood in the laboratory very laxly because there was a problem with hepatitis.

Then latterly, the so-called AIDS virus ... and I caution again that this may not be the single cause of AIDS, because we have found that in fact this is not what happens in haemophilia; the virus alone will not cause the disease. Nevertheless, this is now an agent which is becoming reasonably ubiquitous in our environment.

[Translation]

J'ai déjà dit que lorsque le virus a attaqué, la principale déficience ... et c'est de nouveau ce qui se produit avec une invasion virale. Il n'y avait pas eu d'attaque de virus jusqu'à un certain point, et voilà qu'au cours des trois dernières années, 70 p. 100 de nos patients avaient été infectés. Jusqu'à ce moment-là, il n'y avait pas eu de virus dans notre environnement et au cours des trois ans et demi qui viennent de s'écouler, 70 p. 100 de nos malades avaient été infectés par ce nouvel organisme qui est maintenant parmi nous. Lorsque ceci se produit, on constate une diminution brutale de la population des lymphocytes T, connus sous le nom d'inducteurs, nécessaires au déclenchement de la réponse immunitaire. Sitôt que l'organisme est infecté, ces cellules diminuent de 30 p. 100.

Nous avons donc appris que jusqu'en 1981-1982, il n'y avait pas de virus dans notre milieu. Toutefois, le système immunitaire des hémophiles présentait des anomalies en raison précisément du contact avec les produits sanguins, autrement dit, la stimulation constante de protéines étrangères avait modifié la réponse immunitaire. Puis vers les années 1982-1983, 70 p. 100 des patients furent infectés avec un nouvel agent. Ceci provoque alors de nouvelles anomalies de leur système immunitaire, en particulier par diminution du nombre des inducteurs T appelées aussi T4.

Quand est-ce qu'une intervention médicale devient un acte non délibéré? Officiellement, l'intention était de traiter le malade avec des produits biologiques. Mais il nous arrive d'intervenir dans un sens que nous n'avons pas choisi et ceci parce que nos connaissances étaient insuffisantes à l'époque, et nous espérons tirer les leçons de nos erreurs.

Vous voyez sur l'écran toutes les catégories de produits sanguins que l'on peut administrer. Il y en a une grande variété, depuis le sang complet jusqu'au facteur sanguin constitué de différentes catégories de cellules. Vous voyez également à l'écran les différentes maladies contre lesquelles ces produits sont administrés, maladies elles aussi en grand nombre, auxquelles il faut ajouter toute une série de vaccins qui nous sont inoculés à l'un ou l'autre moment de notre vie pour nous conférer une immunité contre différents germes.

La diapositive suivante vous montre le genre de matières qui ont toujours été transmises avec l'administration de produits sanguins ou d'extraits ou de vaccins, et les problèmes ainsi causés au fil des ans, les maladies des agents de transfusion. Là encore cela vient du sang de donneurs. Le problème qui nous intéresse le plus en ce moment est l'hépatite, maladie dont nous avons découvert récemment qu'elle est transmise par virus dans notre environnement, ce qui cause un problème constant pour la manipulation du sang. Nous avons soudain pris conscience du fait qu'il fallait prendre les plus grandes précautions pour la manutention du sang en laboratoire, en raison du danger d'hépatite.

Puis plus récemment, il y a eu le cas du virus dit du SIDA ... et là je voudrais vous mettre en garde: il n'est peut-être la seule cause du SIDA, car nous avons constaté que les choses ne se passent pas de cette façon pour les hémophiles, et que le virus à lui seul ne cause pas la maladie. Néanmoins, c'est un agent qui s'est répandu un peu partout dans notre environnement.

[Texte]

Let me go back to some old medical school slides that I used to use when trying to teach the normal immune response. These are the bad guys, and the so-called antigens that invade from without. They are in fact the bacteria, the fungi, the viruses, and their products, to which the immune system normally responds.

• 0955

The function of immunity is threefold, it is said: to protect from invasion from without by bacteria and other materials; to protect from invasion from within, primarily cancer; and to allow in this rather hostile environment the development of the embryo and the child in a foreign mother, because again the mother is not really compatible with the child since the father's genes are different. So these then are the invaders and these are the protectors, and they come in a variety of types. There are the normal coverings of the body—the skin, the mucous membranes—and then the various components of the immune response.

What we are looking at in the case of the viral agents of any sort or bacterial invasion of the body is a breach of the primary defence system, the breach of primary immunity. This is Monday night football on Thursday morning, and if we have in the front defensive line skin, mucous membranes, mucus being secretion and cilia or little hairs wafting things out—which is bad for smokers because their little cilia stop working—and then the invasion from the outside, we can see what makes the AIDS virus so special because once you have breached the primary defence, either the skin or mucous membranes, ordinarily the second line is immunity.

All viruses have a specific predilection for one organ of the body or another—hepatitis virus for the liver, encephalitis viruses for the brain and meninges and so on—but in the case of the AIDS virus or the HTLV-III virus this virus has a predilection for the cells that should ordinarily defend against it. So, whereas hepatitis virus comes in and infects the liver while the immune system goes on to defend against the virus, here the virus gets to the immune system first and knocks it out. So it is like the Maginot Line: it goes around instead of going through. So, effectively, once the primary defence of skin and mucous membranes has been breached we find that we have knocked out our total defence mechanism.

This can happen through the mucous membranes by such procedures as anal intercourse—and again I am not entirely certain that is the only cause in terms of what is being brought through—and we have also with the AIDS problem a chronic brain syndrome caused by the virus in which the patients develop a form of early insanity not unlike syphilis.

We have one patient who was in contact with 192 health professionals at various times in the disease and of these some 32 had skin breaks, either scratches or bites from this patient,

[Traduction]

Permettez-moi maintenant de vous projeter d'anciennes diapositives de l'Ecole de médecine, au temps où je m'en servais pour essayer d'enseigner la réponse immunitaire normale. Voici les coupables, les antigènes qui envahissent l'organisme. Ce sont en fait des bactéries, des champignons, des virus et leurs produits auxquels réagit normalement le système immunitaire.

La fonction de l'immunité est triple, dit-on: protéger l'organisme contre l'invasion extérieure de bactéries et autres matières; protéger de l'invasion intérieure, en particulier du cancer, et permettre, dans cet environnement plutôt hostile, la croissance de l'embryon et de l'enfant dans l'organisme étranger de la mère, car l'organisme de la mère n'est pas vraiment compatible avec celui de l'enfant, puisque les gènes du père sont différents. Vous avez donc d'un côté les envahisseurs et de l'autre les défenseurs, et ceux-ci se présentent sous plusieurs formes. Ce sont d'abord les revêtements de notre corps—la peau, les membranes muqueuses—puis les différents éléments de la réponse immunitaire.

Ce qui se produit dans le cas d'une invasion bactérienne ou virale de quelque sorte qu'elle soit, c'est un effondrement du système de défense primaire de l'organisme, un effondrement de l'immunité primaire. Nous jouons ici aux stratégies en chambre, à ceux qui préparent la dernière guerre: en première ligne, sur le front de défense, vous avez la peau, les membranes muqueuses, les sécrétions et les cils vibratiles qui, par leur déplacement, expulsent les corps étrangers—c'est le danger auquel s'exposent les fumeurs car leurs cils vibratiles s'arrêtent de fonctionner—et vous avez l'invasion de l'extérieur: ce qui distingue le virus du SIDA, c'est qu'une fois effondrée la ligne de première défense, soit la peau soit les membranes muqueuses, c'est au tour de la seconde ligne de défense, à savoir le système immunitaire.

Tous les virus ont une prédilection particulière pour l'un ou l'autre de nos organes—ainsi, le virus de l'hépatite est attiré par le foie, ceux de l'encéphalite par le cerveau et les méninges, etc.—et dans le cas du virus du SIDA ou HTLV-III, ce virus a une prédilection pour les cellules qui devraient justement défendre l'organisme contre lui. À la différence de ce qui se produit lorsque le virus de l'hépatite attaque le foie et que le système immunitaire accourt à sa défense, dans le cas du SIDA, le système immunitaire est attaqué en premier et mis hors combat par le virus. C'est une sorte de ligne Maginot que l'on contourne au lieu de la franchir. Cela revient à dire qu'une fois détruite la barrière de la peau et des membranes muqueuses, c'est tout le mécanisme de défense qui s'effondre.

Ceci peut se produire par les membranes muqueuses par exemple lorsqu'il y a rapports sexuels par voie anale—et là encore je ne suis pas tout à fait certain que ce soit la seule cause de l'attaque du système—le virus du SIDA déclenche également un syndrome chronique du cerveau qui n'est pas sans analogie avec la démence précoce causée par la syphilis.

Nous avons un malade qui était en contact, à l'une ou l'autre phase de la maladie, avec 192 membres du personnel soignant, dont 32 présentaient des abrasions cutanées, éraflures ou

[Text]

and they are now following these individuals to see which of those convert to positive anti-HTLV-III positivity because that would indicate again the possibility of transfer by methods other than sexual intercourse, obviously by saliva and possibly by simply, if you will, sweat on the hands—we are not sure. But some of these individuals are beginning to go in that direction, and, as indicated, these studies are being done with our colleagues in Atlanta because we do not have the facilities to do this in Canada, which is painful.

In terms of what happens immunologically, again I simply indicate that it is a very complex affair, that our antigen that has come through the barrier is now hitting the immune cells as I have indicated, primarily the T cells up here, again the ones that direct the manner in which the immune system functions. Through these things there is then an entire breakdown of the control system.

This then was what we had found in haemophilia, by following the disease from beginning, before it had begun, before there was virus exposure, because we were fortunate enough, if you will, to get in at that point in time. It is the only such study available in the world, and it has been done in Canada—Rah, rah, rah! I have another lecture I give about why Canadians think about themselves the way they do.

In any event, this is what we have been able to determine from the work we have done: that AIDS as you see it here is the tip of the iceberg, that a great many other things precede AIDS, that in the haemophiliac, who is totally asymptomatic, there is a total bung-up of the immune response.

• 1000

So if we go on, from the asymptomatic individual we go on to a second condition, and there is one actually in the middle which is a mononucleosis-like syndrome. Mononucleosis is caused by the Epstein-Barr virus; however, HTLV-III can cause a similar kind of symptomatology. Unlike mononucleosis, however, the next step is that the lymph nodes remain persistently enlarged. And this remains. But the patient is otherwise well. However, with time—as you will see—it cycles back and with more time they go on to what is called an AIDS related complex, and they may stay in this holding pattern for months to years, or go back to the adenopathy with nothing more. Or, now we know after three and one-half years, that five of these patients have gone on to full-blown AIDS.

Now, let me just show you very briefly what these consist of. If you cannot see from the back it is not terribly important. All we are saying here is that the asymptomatic patient—that is, the asymptomatic hemophiliac who has abnormalities in immunity but nothing else—becomes infected for the first time with HTLV-III and develops a complex of signs and symptoms not unlike those caused by a variety of other viruses, one of which is the one causing mononucleosis, the so-called Epstein-Barr virus, which I will bring to your attention again. The Epstein-Barr virus causes mononucleosis in North America,

[Translation]

morsures causées par ce malade, et nous suivons à présent ces personnes pour voir lesquelles vont virer leur réaction à l'HTLV-III parce que ce serait une indication sur la possibilité de transfert autrement que par des rapports sexuels, par exemple par la salive et peut-être même, à la rigueur, par la sueur sur les mains, mais nous n'en sommes pas sûrs. Mais certaines des personnes ainsi suivies semblent aller dans cette direction comme je l'ai déjà dit, nous faisons ces études conjointement avec nos collègues d'Atlanta, parce que nous ne disposons pas au Canada des installations nécessaires, ce qui est pénible.

En ce qui concerne la réponse immunologique, je me contenterais de souligner sa complexité; l'antigène qui a franchi la barrière s'attaque maintenant aux globules de défense, en particulier les lymphocytes T, justement ceux qui commandent le fonctionnement du système immunitaire. C'est lorsqu'ils sont envahis que s'effondre tout le système.

Ce sont les conclusions que nous avons tirées d'une étude d'hémophiles que nous avons suivis dès avant le début de la maladie, avant l'attaque par le virus parce que nous avons eu la chance, si l'on peut dire, d'être présents à ce moment-là. C'est la seule étude de ce genre qui existe, elle a été faite au Canada, hip hip hourra! Je donne aussi une conférence sur les Canadiens et l'opinion qu'ils ont d'eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, la conclusion de nos travaux, c'est que le SIDA tel que nous le connaissons actuellement n'est que la partie de l'iceberg qui émerge, que la maladie est précédée d'un grand nombre d'autres choses, et que chez l'hémophile qui ne présente pas de symptôme, la réponse immunitaire est totalement annihilée.

De l'état asymptotique, on passe à une deuxième étape, qui est un état intermédiaire, et c'est un syndrome semblable à celui de la mononucléose. La mononucléose est causée par le virus Epstein-Barr, mais le HTLV-III peut présenter la même symptomatologie. Contrairement à ce qui se passe dans le cas de la mononucléose, les ganglions restent enflés de façon persistente lors de cette étape. C'est un état qui devient permanent. Pour le reste, le sujet est bien. Avec le temps, cependant, le cycle se poursuit, on passe à ce qu'on appelle les infections reliées au SIDA. Cet état peut rester stable pendant des mois et des années, ou il peut y avoir retour à l'adénopathie sans rien de plus. Ou encore, nous savons après trois ou trois ans et demi, il peut y avoir le SIDA définitif, c'est ce qui s'est passé dans le cas de cinq de ces patients.

Je parcours brièvement ces divers états avec vous. Si vous ne pouvez pas voir de l'arrière, ce n'est pas terriblement important. Nous disons donc que le patient asymptotique, c'est-à-dire l'hémophile asymptotique qui présente des anomalies dans le système immunitaire mais non ailleurs, contracte pour la première fois le HTLV-III et manifeste un certain nombre de signes et de symptômes qui ressemblent à ceux qui sont causés par d'autres virus, dont celui qui cause la mononucléose, le virus qu'on appelle Epstein-Barr. Je m'y arrête un instant. Le virus Epstein-Barr cause la mononucléose en

[Texte]

but causes a fatal lymphoma of children in Africa. So the same virus can do very different things under different circumstances. And in Africa it would appear the reason for this is that the map of Burkitt's lymphoma is superimposed upon the map of malaria, so that the same viral infection in another environment causes cancer, whereas in North America it causes a transient infectious disease. So again, same virus, different environments. We have this kind of syndrome then for the asymptomatic, completely healthy but immunologically abnormal hemophiliac.

Then they go from that stage to the enlargement of the lymph nodes, with a definition now that has come from our laboratory and is now acceptable internationally, as these two sets of lymph nodes other than the ones in the groin—which again is a site for usually not unlikely enlargement of small nodes anyway—for three months without any evidence of any other disease, the so-called persistent, generalized lymphadenopathy syndrome. And these patients, again with hemophilia, and presumably those with AIDS as well, although we have not been able to follow them because they do not come to see us. The reason for the hemophiliacs being available, of course, is because there are the federally subsidized hemophilia centres. Patients have been followed for 20 years. Everything is known about them. So we have been able to find this syndrome before anything else transpires.

It is interesting that when the hemophiliac has no HTLV-III antibody, there is seldom adenopathy, seldom lymph node enlargement. Once the virus enters, you will see that 54 of our patients who are positive of virus have adenopathy. Whereas 36 without antibody at that time had no adenopathy. But I will draw your attention to the fact that it is possible for the patient to be positive for the virus—12 patients—but still remain well. So the virus alone is not the cause of the disease. We have 32% of our total population nationally—but of the initial 200 odd patients, 32% with two-thirds of them being antibody positive, have shown no other abnormalities, no nodes, no fevers, no sweats, no loss of weight, no diarrhoea, nothing whatever. So the virus alone is not the answer. There is much more to it than that.

The second phase that goes on from the generalized lymph node enlargement with recurrent episodes of this mononucleosis-like picture and with time, is the development of the AIDS related complex or ARC.

• 1005

And here we have to have two or more signs of symptoms and two or more positive lab... Again, this is just simply clinical definitions. And these are the clinical signs and symptoms: the lymph nodes, weight loss, fever, diarrhoea, general malaise and weakness, fatigue, and night sweats. Two of those along with any two of the abnormalities in the laboratory—the combination of those two things is ARC, or

[Traduction]

Amérique du Nord, mais chez les enfants d'Afrique, c'est un lymphome mortel. Le même virus peut donc agir de diverses façons dans différentes circonstances. En Afrique, il semblerait que la carte du lymphome de Burkitt se surimpose sur la carte de la malaria. Donc, la même infection virale cause le cancer dans un autre environnement, mais en Amérique du Nord, une maladie infectieuse momentanée. Il s'agit du même virus mais dans des environnements différents. Donc, on constate ce syndrome chez l'hémophile asymptomatique, qui est tout à fait bien portant, à part les anomalies immunologiques.

Vient ensuite l'élargissement des ganglions lymphatiques, avec la définition qui vient de notre laboratoire et qui maintenant est acceptée internationalement, au niveau de ces deux séries de ganglions lymphatiques, autres que les ganglions qui se trouvent normalement dans l'aîne, et où l'élargissement n'est pas rare, et pendant trois mois, sans autre signe de maladie, il se produit ce qu'on appelle le syndrome persistant et généralisé de la lymphadonépathie. Et ces patients sont des hémophiles ou des patients atteints du SIDA, même si nous ne pouvons pas les suivre parce qu'ils ne sont pas venus nous consulter. La raison pour laquelle les hémophiles se trouvent à portée de main, est qu'il existe des centres pour les hémophiles subventionnés par le gouvernement fédéral. Ces patients ont été suivis pendant 20 ans. Nous connaissons tout à leur sujet. C'est ainsi que nous avons pu détecter le syndrome avant quoi que ce soit d'autre.

Il est intéressant de noter que lorsque l'hémophile n'a pas d'antigène HTLV-III, il y a rarement adénopathie, rarement élargissement des ganglions lymphatiques. Une fois que le virus est entré dans le système, nous pourrions voir que 54 de nos patients qui ont une réaction positive ont une adénopathie. Par ailleurs, 36 qui n'ont pas l'antigène au même moment n'ont pas d'adénopathie. J'attire votre attention sur le fait que les patients peuvent avoir une réaction positive au virus mais se sentir bien, 12 dans ce cas-ci. Le virus en soi n'est donc pas la cause de la maladie. Trente-deux pour cent des quelque 230 patients que nous avons suivis, nous avons maintenant atteint le chiffre de 400 à l'échelle nationale, je parle ici des quelque 200 premiers patients, les deux tiers d'entre eux ayant une réaction positive pour ce qui est de l'antigène, n'ont montré aucune anomalie, aucun élargissement de ganglion, aucune fièvre, aucune sueur, aucune perte de poids, aucune diarrhée ou symptôme quel qu'il soit. La solution ne tient donc pas au virus en soi. Il y a beaucoup plus que le virus lui-même.

La phase qui suit l'élargissement généralisé des ganglions lymphatiques, avec des épisodes répétés du syndrome qui ressemble à la mononucléose, avec le temps, est le développement des affections reliées au SIDA ou ARS.

Ici, il nous faut deux signes ou symptômes ou plus et deux tests de laboratoire ou plus... Ce sont ici simplement des définitions cliniques. Les signes et les symptômes cliniques sont: les ganglions lymphatiques, la perte de poids, la fièvre, la diarrhée, la sensation de malaise généralisé, la faiblesse, la fatigue et les sueurs nocturnes. Deux de ces signes ou symptômes avec n'importe quelle combinaison de deux anomalies

[Text]

AIDS-related complex, and well over a third of our patients have now gone on from nothing to ARC. They are now sort of braced for whatever is to come. I will emphasize again that these patients may go back to being quite asymptomatic, other than with their lymph nodes enlarged, presumably caused by the initial invasion of virus.

And finally in terms of the disease progression to AIDS, which is now defined as an individual who otherwise has no reason to be immunologically defective, but has been invaded by an opportunistic organism such as pneumocystis carinii, something we live with all of our lives with no problems, but suddenly these people develop pneumonia with this organism, or develop Kaposi's sarcoma, which is a blood vessel sarcoma of the skin, but can occur in any organ of the body. And that is the strict definition now of AIDS. Nothing else up to this point allows you to make a diagnosis of AIDS other than the infection, which should not be occurring, because it should be warded off easily by the body, or the development of Kaposi's sarcoma.

At that point, as far as we are now, where we have hit irreversibility, at this moment in time there are roughly 20,000 cases of AIDS in North America. Some 10,000 of these people have now died—with an 80% chance of death with the first two years. Virtually all have died within three and one-half years of the time of diagnosis.

In Canada, we have not quite hit our 10% mark. We are not 2,000; we are about 500. But the incidence of mortality and the timing of mortality is about the same. About half of the patients have died within the same time frame. Why there has been this lag is unclear. Whether it has anything to do with climate or other situations is not at all clear.

So then the spectrum: Asymptomatic; the mononucleosis-like material; the mild persistent generalized swelling of the lymph nodes; the ARC or the AIDS-related complex; and finally the AIDS syndrome itself.

The immune defects we need not really allow to deter us right now, but simply to show that there are a variety of laboratory abnormalities that accompany the disease and are disease manifestations that go along with these that can be seen. The aetiological factors, or the causative factors, being a virus in certain cases, herpes viruses in other cases, and so on. And the same thing when we get into the more severe spectrum of immunodeficiency.

But if we look across the screen, the healthy individual, haemophiliac, no abnormalities, no clinical findings, no problems. And that constitutes about 30% of our patients. Nothing. The second group are healthy. They have mild to moderate abnormalities in the laboratory, and the reasons for this we cannot determine. They have no clinical findings, but can it be because of viruses they have been exposed to in other forms by injection or in the environment? Is it because of factors they have been given in the blood material they have

[Translation]

détectées en laboratoire dénotent ce qu'on appelle les ARS, les affections reliées au SIDA, et plus du tiers de nos patients est passé de l'étape où il n'y a pas de symptômes à l'étape des ARS. Ils attendent de voir ce qui se passera. J'insiste sur le fait qu'ils pourraient revenir à l'étape asymptomatique, sauf pour ce qui est de l'enfllement des ganglions lymphatiques, vraisemblablement causé par l'invasion initiale du virus.

Maintenant, pour ce qui est de la progression de la maladie jusqu'au SIDA, qui est maintenant défini comme l'état d'une personne qui n'a pas d'autre raison de présenter d'anomalies immunologiques, mais dont le système a été envahi par un organisme opportuniste comme le pneumocystis carinii, avec lequel nous pouvons normalement vivre sans problème, sauf que ces patients développent tout à coup la pneumonie à la suite de l'invasion de cet organisme, ou encore développent le sarcome de Kaposi, qui est un sarcome des vaisseaux sanguins de la peau, mais qui peut se produire dans n'importe quelle partie du corps. C'est la définition qu'on a actuellement du SIDA. Jusqu'ici, rien ne permet de porter un diagnostic du SIDA, sauf pour ce qui est de l'infection, qui ne devrait pas se produire, parce qu'elle devrait être rejetée facilement par l'organisme, ou encore le développement du sarcome de Kaposi.

A ce stade, qui est le stade de l'irréversibilité, il y a à ce moment-ci environ 20,000 cas du SIDA en Amérique du Nord. Quelque 10,000 de ces patients sont maintenant décédés, les risques de mortalité sont de 80 p. 100 les deux premières années. Presque tous sont décédés dans les trois ans ou trois ans et demi qui ont suivi le diagnostic.

Au Canada, nous n'en sommes pas encore à 10 p. 100. Il n'y en a pas 2,000, il y en a environ 500. Le taux de mortalité et la période au cours de laquelle la mortalité survient sont cependant les mêmes. Environ la moitié de nos patients sont décédés au cours de la même période. Les raisons de l'écart ne sont pas claires. C'est peut-être dû au climat ou à d'autres facteurs.

Voici donc le résumé: l'état asymptomatique, le syndrome qui ressemble à la mononucléose, l'enfllement persistent et généralisé mais sous forme bénigne des ganglions lymphatiques, les ARS, ou les affections reliées au SIDA, et enfin, le SIDA lui-même.

Pour ce qui est des anomalies du système immunitaire, nous n'allons pas nous attarder, nous allons simplement indiquer qu'il y a une série d'anomalies en laboratoire qui accompagnent la maladie et qui sont des manifestations de la maladie qui vont de pair avec ce que nous avons déjà vu. Les facteurs étiologiques où les causes sont un virus dans certains cas, les virus de l'herpès dans d'autres, etc. C'est la même chose pour les états plus graves de l'immunodéficience.

De l'autre côté de l'écran, vous pouvez voir le patient en santé, l'hémophile, qui ne présente pas d'anomalies, pour lequel il n'y a pas de résultats cliniques, pas de problèmes. C'est environ 30 p. 100 de nos patients. Ils n'ont absolument pas de symptômes. Le deuxième groupe est également formé de patients en santé. Ces patients montrent des anomalies qui vont de bénignes à modérées en laboratoire, mais nous ne pouvons pas dire pourquoi. Il n'y a pas de résultats cliniques en ce qui les concerne, mais serait-ce à cause des virus auxquels

[Texte]

received—a coagulation of factors, other antigens, and so on—we are unsure. They can become abnormal immunologically, but remain clinically well.

And these just show the innumerable abnormalities of the AIDS patients. And along with that the enormous complexity of the cellular systems involved that we are now beginning to try to sort out in terms of factors that are there, the cells that have to interact, the abnormalities that may occur—obviously not a simple problem in its final analysis.

So again, simply showing graphically the asymptomatic, step one, step two, step three, and decreasing numbers as they exist right now with a chance that, in fact, these will all shift to the right with time. Of course the immune dysfunction rises as we move to the right, and the likelihood of a patient's survival becomes nil when you get to the AIDS section.

• 1010

So this then, in the last slide, simply summarizes everything that has been said. The asymptomatic patient who is HTLV-III negative remains asymptomatic even though he becomes asymptomatic with HTLV-III antibody positivity. Some 30% remain that way throughout; others go on to the persistent generalized lymphadenopathy syndrome, which may go backward toward asymptomatic situations. Others go forward with recurrent infectious mononucleosis-like diseases to the AIDS-related complex, which may go back again to the less severe problem and then finally on to the AID syndrome, which as far as we know has no reversibility and invariably causes death of the individual within a matter of two to three and a half years.

Effectively those are the things I thought I wanted to review on the basis of the work that has been done in our own laboratories, and taking as well into consideration the work done by colleagues in other parts of the country and throughout the world. There are some other bits of information that are present in the hand-outs.

We have been able to follow the family members of the hemophiliac patients who are virus positive or have been virus positive. Of the 46 family members that have been studied, only two spouses have become positive over three and a half years, presumably by heterosexual contact. There have been some suggestions that this can occur only if there is anal intercourse involved, but this is something we cannot determine from the people we have spoken to thus far. There is other evidence that in fact prostitutes in various parts of North America are now becoming a major carrier pool, so that heterosexual transmission is very likely in both directions, male to female and female to male.

[Traduction]

ils ont été exposés sous d'autres formes par injection dans l'environnement? Est-ce à cause de facteurs qui se trouvaient dans le sang qu'ils ont reçu, un ensemble de facteurs, d'autres antigènes, autre chose? Nous l'ignorons. Ils peuvent présenter des anomalies immunologiques, mais rester en santé du point de vue clinique.

Voici maintenant les innombrables anomalies des patients victimes du SIDA. Vous pouvez voir la complexité incroyable des systèmes cellulaires que nous ne faisons que commencer à démêler pour ce qui est des facteurs présents, l'interaction nécessaire entre les cellules, les anomalies qui peuvent se présenter—ce n'est certainement pas un problème facile à résoudre.

Encore une fois, voici quelles sont les étapes, l'état asymptotique pour commencer, la deuxième étape, la troisième étape, avec les normes qui diminuent chaque fois, avec le risque que tous se retrouvent à la droite avec le temps. Evidemment, le dysfonctionnement immunitaire s'accroît au fur et à mesure que l'on se déplace vers la droite, et les chances de survie des patients deviennent nulles lorsqu'on atteint l'étape du SIDA.

La dernière diapositive résume simplement ce que nous avons vu jusqu'ici. Le patient asymptotique qui a une réaction négative HTLV-III reste asymptotique avec une réaction positive à l'anticorps HTLV-III. Quelque 30 p. 100 des patients restent à cette étape tout au long du processus; les autres passent à l'étape du syndrome lymphadonépathique persistant généralisé, lequel peut retourner à l'état asymptotique. Les autres progressent avec des maladies infectieuses répétées semblables à la mononucléose jusqu'aux affections reliées au SIDA, avec possibilité encore une fois qu'il y ait retour en arrière à un état moins grave, pour finalement en arriver au SIDA lui-même, lequel à notre connaissance est irréversible et cause invariablement la mort du sujet dans une période de deux, trois ou trois ans et demi.

Ce sont les divers éléments que je voulais revoir avec vous aujourd'hui à partir du travail effectué dans nos propres laboratoires et compte tenu des études effectuées par nos collègues des autres régions du pays et du monde entier. La documentation que nous vous avons fournie est plus complète.

Par exemple, nous avons pu suivre les membres des familles des patients hémophiles qui ont ou qui ont eu une réaction positive au virus. Des 46 membres des familles que nous avons étudiés, seulement deux conjoints en sont arrivés à avoir une réaction positive sur une période de deux ou trois ans et demi, vraisemblablement par contact hétérosexuel. Il est indiqué que le problème ne pouvait survenir par pénétration anale, mais c'est une hypothèse que nous n'avons pas pu vérifier à partir des entretiens que nous avons eus jusqu'ici. Par ailleurs, il y a tout lieu de croire que les prostituées des diverses régions de l'Amérique du Nord sont en voie de devenir un groupe porteur important, de sorte que la transmission par contact hétérosexuel est très vraisemblable dans les deux sens, c'est-à-dire d'hommes à femmes et de femmes à hommes.

[Text]

None of the children of the hemophiliacs have become positive during three and a half years, which would indicate that casual contact, household contact, is not a manner of transmission. None of the health-care workers who work with our hemophiliac patients—and we have tested 35 of them as of now, but 29 thoroughly—none of those individuals has converted to HTLV-III positivity, again suggesting that casual contact is not the way this virus will operate. However, we are in no position right now to be certain that this may not occur. But it certainly happily has not occurred to the present time.

I think, Mr. Chairman, basically those are the major findings we have. If you would like me to comment on other concerns I can do that now, sir.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Gold. I think you obviously have opinions on other areas related to this whole issue, and I think we should perhaps hear them first if that is agreeable to the committee. I do not think we need to get into any more detail on this medical and clinical part of it. Perhaps you would like to proceed with your other comments. Is that agreed? Please proceed then.

I will just suggest to the committee, and also ask the indulgence of Dr. Gold, that before we lose our quorum I want to present the eleventh report of the Subcommittee on Agenda and Procedure—which is the steering committee—and we do need to have eight for that. But perhaps we can go on and hear the rest of Dr. Gold's presentation first.

Dr. Gold: Thank you. There are three areas that I think we have to give some attention to, which has not been occurring with any... Well, I should not say that either. There has been some move toward it, but I am not certain where it is headed. We have not done a super job of public information and education. There have been piece-meal reports. In fact, you cannot pick up a newspaper or a magazine or watch the news for any period of time without having some reference to AIDS. There are enormous misapprehensions and concerns in the general public about the problem. I think we must very quickly move toward doing something about the educational aspect, because I think AIDS is going to become a social disease much more rapidly than it has become a medical disease.

• 1015

In fact, the problem of children in schools or not in schools, and the problem of insurance or no insurance, these are questions that are being raised now on television, daily. Last night, I noticed that certain insurance companies are now asking that these things be done. Also, certainly within the Canadian Charter of Rights and Freedoms in this country, perhaps, we should have some plan of moving toward a situation where you protect against the spread of the condition, and of the virus, by doing appropriate things that are not now being done.

The second area of my concern is the manner in which we handle patients for both diagnosis and treatment. The way we

[Translation]

Aucun des enfants des hémophiles en sont venus à avoir une réaction positive au cours d'une période de trois ans et demi, ce qui porte à croire que les contacts fortuits, même les contacts à l'intérieur des familles, ne sont pas une cause de transmission de la maladie. Aucun de nos travailleurs de la santé qui oeuvrent auprès des hémophiles—nous avons maintenant fait subir des tests à 35 personnes et 29 ont été examinées à fond—n'a eu une réaction positive au HTLV-III, ce qui laisse croire encore une fois que des contacts fortuits ne sont pas le mode de transmission du virus. Nous ne sommes cependant pas encore en mesure de déterminer avec certitude que la possibilité n'existe pas. Sauf que, jusqu'à présent, le cas ne s'est pas présenté heureusement.

Voilà, monsieur le président, pour ce qui est de nos principales conclusions. Si vous voulez que j'aborde les autres sujets connexes, je peux le faire tout de suite.

Le président: Merci beaucoup, docteur Gold. Je sais que vous avez une opinion sur des sujets connexes. Je pense que le Comité est prêt à vous entendre dès maintenant. Nous n'avons pas besoin de plus amples détails sur l'aspect médical et clinique de la question. Vous pouvez donc y aller. Le Comité est d'accord?

Auparavant, si le docteur Gold n'y voit pas d'inconvénient, pendant qu'il y a encore quorum, je voudrais présenter le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, le Comité directeur. Il faut huit membres du Comité. Bon, très bien, continuons avec le docteur Gold pour l'instant.

Dr Gold: Merci. Il y a trois autres aspects du problème dont je voudrais traiter, et auxquels nous n'avons pas suffisamment prêté d'attention à mon avis... Je devrais peut-être faire attention. Il y a eu quelques tentatives, mais je ne sais pas si elles se sont orientées dans la bonne direction. En tout état de cause, nous n'avons pas un très bon travail d'information et d'éducation du public. Nous avons simplement vu des comptes rendus incomplets. Les journaux, les magazines, les médias électroniques parlent constamment du SIDA. Le public de façon générale entretient d'énormes craintes à ce sujet. Nous devons prendre des mesures immédiates pour éduquer le public, sinon le SIDA risque de devenir un problème social beaucoup plus rapidement qu'il n'est devenu un problème médical.

Il y a le problème des enfants dans les écoles, le problème de l'assurance, ce sont des questions qui sont soulevées quotidiennement à la télévision. J'ai noté hier que certaines compagnies d'assurance commencent à prendre des précautions. Il y a certainement des mesures qui peuvent être prises dans le cadre de la Charte canadienne des droits et libertés, nous devrions élaborer un plan qui nous permettrait de nous protéger contre la transmission de la maladie et du virus au moyen de mesures appropriées, absentes pour l'instant.

Ma deuxième préoccupation a trait à l'établissement du diagnostic et au traitement des patients. Nous manquons à nos

[Texte]

do this is by simply not doing it at all, in many ways. There are not very many, if any, established AIDS clinics in our communities across the country. It is being done on an ad hoc basis, which is not particularly good. It also causes a great many people who are not familiar with the problem to be very concerned about who is in the room next to them, and who is in the bed next to them on the ward. An AIDS patient on a general medical ward is a most distressing problem, because it requires some half of the energy of the nursing staff for containment of that patient, because of the things we do not know. I would like to raise the question of whether or not such individuals, or the problem of AIDS, should not be considered in the same context as we have handled such problems as tuberculosis: Through the use of established institutions where such individuals can be looked after, diagnosed if there was a concern, cared for on an out-patient basis or on an in-patient basis. Where AIDS research can be done in an appropriate setting with bio-containment, rather than on an ad hoc catch-as-catch-can basis, as is being done right now.

Thirdly, my concerns are in the area of bio-medical research co-ordination, which was initiated, of course, with the establishment of the National Advisory Committee on AIDS. I should like to bring to your attention the fact that, in Canada this year, we will spend approximately 10% of the expenditure in the U.S. per capita—less than \$2 million dollars being spent in this country, and some \$200 million dollars, or a hundred-fold that amount, being spent in the United States. In fact, the state of California spends more on AIDS and AIDS research than we do as a country. I think, a co-ordination of this research is something that is going to have to be given very definite consideration.

I believe, we sometimes treat this disease as if it is going to go away, as if when we are reading a bad novel like *The Andromeda Strain*, where it is quite good until the last chapter, where the organism just disappears and everything is fine. It is not going away. On the other hand, I do not think we are all going to die of the disease, but someone has got to tell people this. It is also sometimes treated as if the great cure will come from America very soon—America being our neighbour to the south. It is not going to happen. We have got to start training health professionals to look after AIDS patients properly. We are not doing it.

Basically, these are my areas of concern, and I think require a great deal more consideration and discussion, obviously, by those who are in authority to do so. Of course, the bottom line in accountant's language will be the bottom line. I think, the expenditure is going to be the major problem that is going to have to be dealt with. Money alone will not help unless the organization is very carefully thought through. Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Dr. Gold. Mrs. Pépin.

Mme Pépin: Je parlerai en français.

Une voix: En français, s'il vous plaît.

[Traduction]

responsabilités à bien des égards. Il n'y a pas ou presque pas de cliniques du SIDA établies dans nos localités un peu partout au pays. Tout se fait sur une base ponctuelle, ce qui est très mauvais. C'est une situation qui peut causer des appréhensions chez les gens qui ne sont pas très familiers avec la question et qui peuvent se trouver à certains moments dans la même chambre qu'un patient ou dans la chambre d'à côté. Un malade atteint du SIDA sur un étage de médecine générale peut constituer un problème troublant, parce que la moitié de l'énergie du personnel infirmier doit être consacrée à l'isolement du patient, à cause de toutes les inconnues. Je pose la question à savoir si ces patients, ou le problème du SIDA dans son ensemble, ne devraient pas être placés dans le même contexte que la tuberculose, avec des institutions spécialement conçues pour le diagnostic de ces patients de même que le soin dont ces patients ont besoin, que ce soit sur une base externe ou une base interne. Il faudrait que les recherches sur le SIDA puissent être menées dans un environnement isolé biologiquement, plutôt que de façon tout à fait confuse comme c'est le cas actuellement.

Ma troisième préoccupation a trait à la coordination de la recherche bio-médicale, qui a évidemment comme point de départ la création du Comité consultatif national sur le SIDA. J'attire votre attention sur le fait qu'au Canada cette année nous dépensons approximativement 10 p. 100 de ce que dépensent les États-Unis compte tenu de nos populations respectives. Nous dépensons moins de deux millions de dollars au pays alors qu'aux États-Unis le montant est de l'ordre de 200 millions de dollars, soit cent fois plus. De fait, l'État de la Californie dépense davantage au titre du SIDA et de la recherche sur le SIDA que notre pays. Donc, la coordination de la recherche devient très importante.

Nous traitons parfois cette maladie comme si elle allait disparaître toute seule, comme si elle allait avoir la même conclusion qu'un mauvais roman comme *Le mystère Andromède*, où l'intérêt est soutenu jusqu'au dernier chapitre, que l'organisme disparaît de lui-même et que la situation redevient parfaitement normale. Le problème ne va pas disparaître tout seul. En revanche, nous n'allons pas tous mourir de cette maladie. Ce qu'il faut, c'est informer le public. On pense parfois également que le remède miracle nous viendra très prochainement de nos voisins du Sud, les États-Unis. Ce n'est pas le cas. Nous devons commencer à former nos professionnels de la santé afin qu'ils puissent s'occuper adéquatement des patients du SIDA. Nous ne faisons rien de tout cela pour l'instant.

Ce sont essentiellement les préoccupations dont je voulais vous entretenir. Il est évident qu'elles méritent d'être étudiées et discutées plus avant par les autorités en place. Ce qui comptera en fin de compte ce sera le résultat. L'argent, le montant de dépenses nécessaire, poserait évidemment un problème. L'argent cependant ne sera pas à lui seul la solution. Il faudra que son utilisation soit planifiée jusque dans les détails. Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur Gold. Madame Pépin.

Mrs. Pépin: I will speak in French.

An hon. member: In French, please.

[Text]

Mme Pépin: D'accord.

Nous sommes très honorés de vous accueillir ici. Votre présence montre l'importance qu'on doit attacher à cette maladie. Je réalisais, en vous écoutant parler, qu'on connaît peu de chose de cette maladie. C'est de plus en plus inquiétant.

• 1020

Vous avez mentionné que 70 p. 100 des patients ou des patientes qui ont cette maladie depuis trois ans, ne s'en sortiront pas. On a l'impression qu'elles ont la mononucléose. Est-ce que cela signifie que les gens atteints de la mononucléose devraient subir un examen pour savoir s'ils sont porteurs de SIDA?

Dr. Gold: I think that is a very good question and a very important one. Let me again just make it clear. Mononucleosis is ordinarily an illness which is caused by a virus called the Epstein-Barr virus. It was called by that name and given that agent as a causative factor, because that was the first one we found. I think the point that Mrs. Pépin makes is an extremely good one, and that is, certainly from now on, anyone who has had a mononucleosis-like condition must be examined for all possible viruses involved, including cytomegalovirus, hepatitis virus, and the AIDS virus, certainly. I completely agree.

Mrs. Pépin: What I realize, since the last two or three years, we had, like, an epidemic of mononucleosis, when you look in secondary school and in college. Looking at what you said earlier, that we really do not know how many people are *porteurs* of that sickness, I think we should look very carefully at those cases.

Dr. Gold: I think so. I think you are perfectly right.

Mme Pépin: Vous avez mentionné que les gens ne sont pas conscients parce qu'on ne donne pas suffisamment d'information. J'aimerais que vous me disiez si, au niveau de l'information, de la sensibilisation et de la publicité vous partagez mes vues. Depuis quelques mois, on entend parler de SIDA. C'est devenu une sensation qui effraie les gens au lieu de les motiver à s'informer et à se faire examiner. Alors il y aurait sûrement une approche à adopter. Le Comité pourrait recommander une campagne d'information au gouvernement. Ce qu'on lit dans les journaux fait tellement peur que les gens ne veulent même pas se faire examiner. C'est comme les femmes qui souffriraient d'un cancer du sein; elles ne veulent pas s'examiner au cas où elles découvrirait le cancer. Et actuellement c'est celui qui cause le plus de mortalité chez les femmes. Il faudrait que les media d'information fassent moins de sensationnalisme et beaucoup plus d'information et de motivation auprès des personnes.

Vous avez mentionné quelque chose à propos des cliniques. Si je comprends bien, le Canada se montre peu généreux pour la recherche et pour le nombre de cliniques au Canada. Avec le nombre élevé de personnes qui ont attrapé cette maladie, qui sont des patients actifs depuis trois ans, je pense que le

[Translation]

Mrs. Pépin: Fine.

We are honoured by your presence. It shows the importance of the problem we have to deal with. Your presentation has made me realize how little we know on the subject. It is becoming more and more disturbing.

You mentioned that 70% of the patients, men and women, who have had this disease for three years will not survive. They have a mononucleosis-like condition. Does this mean that anyone suffering from mononucleosis should be examined to determine whether or not they are carriers of AIDS?

Dr Gold: C'est une excellente question qui aborde un point fort important. Permettez-moi d'apporter quelques précisions. La mononucléose est en général causée par un virus appelé virus *Epstein-Barr*. On a donné ce nom au virus, et on a supposé qu'il était la cause de cette maladie, parce que ce virus a été le premier à être découvert en rapport avec cette maladie. Je pense que l'observation de Mme Pépin est tout à fait pertinente, et que dorénavant, quiconque souffre d'une maladie semblable à la mononucléose devrait subir un examen qui permette d'identifier tous les virus en cause, y compris les virus des inclusions cytomégaliqes, le virus de l'hépatite, et le virus du SIDA, très certainement. Je suis entièrement d'accord.

Mme Pépin: Je sais que depuis deux ou trois ans il y a eu une très forte incidence, presque une épidémie, de mononucléose dans les écoles secondaires et les collèges. Compte tenu de ce que vous avez dit plus tôt, que nous ne connaissons pas vraiment le nombre de personnes qui sont porteuses de cette maladie, je pense qu'il faudrait examiner ces cas de mononucléose très soigneusement.

Dr Gold: Oui, je le pense aussi. Vous avez parfaitement raison.

Mrs. Pépin: You mentioned that people are not aware of the situation because they are poorly informed. I would like you to tell me if you share my views on information, consciousness-raising, and publicity. We have been hearing about AIDS now for a few months. The whole issue has been treated in such a sensational way that people are frightened off instead of being motivated to seek information and have themselves tested. There are certainly steps we could take to improve attitudes. The committee could recommend that the government undertake a publicity campaign. Newspaper articles frighten people so much that they do not even want to be examined. It is similar to breast cancer in women; women do not want to examine themselves because they are too frightened of discovering a cancer. And yet that is the cancer which is causing the most deaths among women at the present time. Consequently I think the media should indulge in less sensationalism and concentrate on informing and motivating people.

You said something about clinics. If I understand correctly, Canada is not very generous with funding for research and clinics. In light of the large number of people who have contracted this disease and in whom the disease has been active for three years, I think the government is going to have

[Texte]

gouvernement devra investir des montants importants., et en recherche d'abord, puisqu'on consacre seulement 10 p. 100 per capita, comparativement aux États-Unis, et pour les cliniques et des hôpitaux. Vous avez fait une comparaison avec la tuberculose. Nous avons environ 500 patients. Quel serait, approximativement, le nombre de cliniques, d'hôpitaux ou de centres nécessaires pour traiter les patients adéquatement? Quel serait le minimum, pour commencer.

Dr. Gold: As things stand right now, I think probably we would have to look at the major population centres. I think that one, possibly two in Montreal; one, possibly two in Toronto; one in Vancouver... two in Vancouver would probably suffice for beginnings. There is no question that, in fact, if we do not go that way, we are never going to have the expertise in any one area to look after this kind of problem. Certainly it is going to require an expenditure of large sums of money to do so, because again, not only will we have to have the centres, but also we are going to have to train the personnel who are now very much concerned about what is going on. I think that is certainly a fact. Your first comments are well taken, and I think we should be very much concerned about that as well.

Mme Pépin: Il n'y a seulement que quelques centres au Canada qui font de la recherche?

• 1025

Dr. Gold: Right now we are looking at 10% of the funding of the U.S. coming primarily from the Medical Research Council of Canada, from NHRDP and from LCDC as well. Actually, through the National Advisory Committee on AIDS, there was \$1.6 million allocated for the first three years, which is not a great deal of money.

Mme Pépin: J'aimerais que vous commentiez autre chose.

On a parlé des cliniques, de la façon dont on traite les patients... Ce qui semble tout à fait inadéquat. On n'a pas les facilités et les gens sont très effrayés. Mais il y a aussi le milieu de travail. Je me demandais si vous n'auriez pas de commentaires à faire sur le fait qu'aussitôt qu'un patient ou une patiente est porteur du virus, la personne est mise à la porte. On a lu des reportages à ce sujet. Vous avez mentionné que les enfants n'attrapent pas le virus dans la maison. Mais il n'en est de même dans un milieu de travail. J'aimerais que vous élaboriez un peu sur ce point.

Dr. Gold: I think again the same thing would be true in the general environment. Just to go back to your original question, the problems we are seeing in the general milieu of our workplace and the schools is being brought about by the media. This is now a media phenomena; the hype is there. It is not information but, to a large extent, sensationalism.

Mme Pépin: C'est ça.

[Traduction]

to invest large sums of money in this area. Money should be given to research first of all, as we are only spending 10% per capita here as compared to the United States, and funds must be provided for clinics and hospitals as well. You used tuberculosis as an example. There are about 500 patients. How many clinics, hospitals, or centres would be needed, approximately, to treat patients adequately? What would the minimum requirements be?

Dr Gold: Compte tenu de la situation actuelle, je pense qu'il faudrait sans doute songer tout d'abord aux grands centres urbains. Il faudrait un ou deux centres à Montréal; un ou deux à Toronto; un à Vancouver... probablement que l'établissement de deux centres à Vancouver suffirait pour le début. Il ne fait aucun doute que si nous ne prenons pas ces mesures, notre personnel médical n'aura pas l'occasion d'acquérir les compétences voulues pour traiter ce genre de maladie. Il est certain qu'il faudra dépenser de grosses sommes d'argent, parce que en plus des centres il faut songer à former le personnel, je le répète, qui est à l'heure actuelle très préoccupé par cette situation. C'est indéniable. Vos premières observations étaient aussi tout à fait pertinentes, et je pense que nous devons aussi nous soucier du problème que vous avez abordé.

Mrs. Pépin: There are only a few centres in Canada where research is being carried on.

Dr Gold: À l'heure actuelle, nous dépensons environ 10 p. 100 de ce que dépensent les États-Unis dans ce domaine, et ce financement provient surtout du Conseil de recherches médicales du Canada, du Programme national de recherches et de développement en matière de santé et du Laboratoire de lutte contre la maladie. Par le biais du Comité consultatif national sur le SIDA, le gouvernement a alloué 1,6 millions de dollars sur trois ans, ce qui est peu considérable.

Mrs. Pépin: I would like to hear your comments on another matter.

We heard about clinics, and about the way patients are treated. It all seems totally inadequate; we do not have the facilities and people are very frightened. There is also the matter of a patient's work environment. I would like to hear your comments on the fact that as soon as it is learned that a patient, man or woman, is a carrier, he or she is fired. There have been newspaper articles on it. You mentioned that children will not catch the virus at home. But what about the work place? Could you provide us with some more information on this point?

Dr Gold: Mon observation est valable pour tous les milieux non spécialisés. Mais pour en revenir à votre première question, les problèmes que rencontrent les patients dans leur milieu de travail et dans les écoles sont causés par les médias. Les médias se sont emparés de ce phénomène; il y a un véritable battage publicitaire autour de cette maladie. Les journaux ne rapportent plus d'informations objectives, mais ont plutôt tendance à verser dans le sensationnalisme.

Mrs. Pépin: That is right.

[Text]

Dr. Gold: The thing one can say today with some degree of certainty is that we should consider this aside from the drug abuser, the homosexual and the Haitian population, where the disease is in fact stabilizing. We are not exactly sure why but, generally speaking, it is a sexually transmitted disease. We should look upon it in this way. There is absolutely no reason whatever to put aside people, either in the workplace or in the school room, because of the problem of AIDS. Unless they do strange things at work, they are not going to have trouble at the water cooler, over lunch or for any reason at all.

It is reminiscent of cancer in general. As in Susan Sontag's *Disease as Metaphor*, this is the ultimate disease-as-metaphor. There is no romance about AIDS as there is about tuberculosis. People wrote operas about tuberculosis and Mimi dying quietly. No one is going to write an opera about AIDS. People with cancer suffer from the social problems as much as they do from the disease. They lose their jobs; they lose their families; they lose their lives before they die, and this is happening in spades with AIDS.

I think you are absolutely correct that the social implications are terrible. There is absolutely no reason for it from the point of view of any work that has been done. There should be no transmission as far as we know.

Now, I always say "as far as we know". But to date, there is no evidence that working with someone with this disease, having them in your environment or having them in your home is going to cause anyone any harm.

Mme Pépin: Merci.

The Chairman: Thank you, Madam Pépin. Mr. Young, ten minutes, and then Mr. Hockin, Mr. Lesick and Mrs. Bertrand. Mr. Young.

Mr. Young: I do not think I need ten minutes, Mr. Chairman. I think your comments are totally consistent with everything else we have heard since this committee began hearing witnesses, at least from the professional side.

The issue on which I would like to see some more time spent is how to get the information out to the public. I think it is absolutely crucial if we are going to deal with this, not only as a social disease, but also as a question of rights. We have already seen practices of discrimination based on AIDS in housing, services and a whole host of other things. It seems to me that enough is not being done in getting the information out to the public. It is obvious, because the press is still sensationalizing, as you said. I want to ask you if you have any ideas.

[Translation]

Dr Gold: Ce que nous pouvons dire aujourd'hui, sans grande crainte de nous tromper, c'est qu'il ne faut plus lier cette maladie exclusivement aux toxicomanes, aux homosexuels et aux Haïtiens, groupes où la maladie se stabilise, de fait. Nous ne savons pas exactement pourquoi, mais il s'agit en général d'une maladie transmise par voie sexuelle. C'est ainsi qu'il faut l'envisager. Il n'y a absolument aucune raisons d'empêcher les gens de travailler normalement ou de se rendre en classe s'ils souffrent du SIDA. À moins de s'adonner à des pratiques fort curieuses au travail, personne ne contactera le SIDA en se désaltérant ou en déjeunant.

C'est semblable aux attitudes qui entourent le cancer en général. Cela me rappelle l'oeuvre de Susan Sontag, *La maladie comme métaphore*, car c'est le cas-type de la maladie vue comme métaphore. Le SIDA n'est pas un mal romanesque comme l'était naguère la tuberculose. On a composé des opéras sur la tuberculose et sur la mort tranquille de Mimi. Personne ne va composer d'opéra sur le SIDA. Ceux qui sont atteints du cancer souffrent tout autant des conséquences sociales de leur maladie que de leurs problèmes physiques. Ils perdent leur emploi; ils perdent leur famille; ils perdent, de fait, tout ce qui constituait leur vie avant même de mourir, et ceux qui sont atteints du SIDA se butent à des conséquences sociales encore plus graves.

Je pense que vous avez parfaitement raison de dire que les conséquences sociales sont terribles. Pourtant, elles ne se justifient aucunement, et aucun résultat de travail, de recherche ou d'étude n'est venu confirmer les craintes du grand public. Que nous sachions, cette maladie ne peut être transmise autrement que par voie sexuelle.

Remarquez que je dis toujours «que nous sachions». Mais jusqu'à présent, rien ne permet de croire que le fait de travailler avec une personne atteinte de cette maladie, de les côtoyer, à la maison ou ailleurs, va rendre malade qui que ce soit.

Mrs. Pépin: Thank you.

Le président: Merci, madame Pépin. Monsieur Young, vous avez dix minutes, et vous serez suivi de M. Hockin, M. Lesick et M^{me} Bertrand. Monsieur Young.

M. Young: Je ne pense pas avoir besoin de dix minutes, monsieur le président. Vos commentaires sont tout à fait conformes à ce que d'autres témoins du milieu professionnel nous ont dit depuis le début de nos travaux.

J'aimerais que nous réfléchissions un peu plus à la façon de transmettre l'information au public. L'information publique est absolument primordiale si nous voulons que la lumière se fasse sur cette maladie, non pas seulement en tant que problème physique, mais aussi en tant que cause de préjugés et d'atteintes aux droits de chacun. Nous avons déjà vu des exemples de discrimination à l'endroit de personnes atteintes du SIDA dans le domaine du logement, des services, et dans une foule d'autres cas. Il me semble que nous n'en faisons pas assez pour informer le public. C'est manifeste, car les journaux continuent de verser dans le sensationnalisme, comme vous l'avez dit. Avez-vous des idées à nous proposer?

[Texte]

Dr. Gold: I think that this government as well as any other has the facility and ability to disseminate information. I was talking recently with Dr. Stuart Smith of the Science Council of Canada. Dr. Smith, I think appropriately, feels that his particular organization is in an excellent position—and I agree with him—for disseminating information. They have access to all the information they would require. They have the expertise to interpret that information and to transmit it to the appropriate media at the appropriate times.

• 1030

I think this should be looked at, perhaps, because it is in place. I do not think there is a need to restructure things because there are structures already in place. I think all of the Canadian medical establishment is at your service in order to do whatever has to be done, and that co-ordination should take place through the NHRDP, LCDC, and the Medical Research Council above all, utilizing such organs as the Science Council of Canada whenever necessary.

Mr. Young: In your discussions with Dr. Smith, did you discuss dollars?

Dr. Gold: Dr. Smith discusses dollars in a fashion which I have not found inappropriate because he says that, as far as dollars are concerned, he does not have any. We did discuss the possibility of Science Council becoming involved, but obviously, in his case as in anyone else's, it would require the appropriate dollars for the co-ordination.

Mr. Young: How much are we spending now on information?

Dr. Gold: Right now, as far as I am aware, in terms of research—and I cannot comment on hospitalization because that would be a province-by-province one—we are spending somewhat less than but almost \$2 million in total this year.

Mr. Young: That includes information as well as research?

Dr. Gold: I cannot say, sir. As far as I am aware, there is no information. The only information that has been made available—and that has been classified, in so far as I am aware, to a large extent—is that which was done by the National Advisory Committee, but that was really simply a report to the Minister.

Mr. Young: I think we have seen two pamphlets. I do not know how those pamphlets are distributed, though, who gets them or . . .

Dr. Gold: I am not certain. But as far as I am aware, the only dollars that have been earmarked for that have been through the National Advisory Committee. But there is no major thrust as yet in any fashion to organize information or education.

Mr. Young: How would Dr. Smith get that information out?

Dr. Gold: He asked us.

Mr. Young: No, but how would he get it out into the public?

[Traduction]

Dr Gold: Je pense que tous les gouvernements, y compris celui-ci, disposent des moyens et des compétences voulues pour disséminer l'information. Récemment, je me suis entretenu avec M. Stuart Smith du Conseil des sciences du Canada. M. Smith pense, à juste titre, que l'organisme qu'il préside est fort bien placé . . . et je suis d'accord avec lui . . . pour disséminer l'information. Ils ont accès à toute l'information nécessaire et ils ont la formation requise pour l'interpréter et en faire part aux médias en temps et lieu.

Je ne pense pas qu'il soit utile de restructurer les choses vu que des structures existent actuellement. Tous les services médicaux du pays sont à votre service pour faire ce qui doit être fait, la coordination devant être assurée par l'entremise du PNRDS, du LLCM et du Conseil médical de recherches, en faisant appel en cas de besoin aux services du Conseil des sciences du Canada.

M. Young: Avez-vous discuté des coûts avec le docteur Smith?

Dr Gold: Le docteur Smith m'a expliqué qu'il n'avait aucun crédit à sa disposition. Il a été question de la participation éventuelle du Conseil des sciences, ce qui exigerait bien entendu certains montants pour assurer la coordination.

M. Young: Combien dépense-t-on actuellement pour l'information?

Dr Gold: Nous avons dépensé près de 2 millions de dollars cette année pour la recherche; quant à l'hospitalisation, il faudrait faire le calcul par province.

M. Young: Ce chiffre comprend-il l'information aussi bien que la recherche?

Dr Gold: À ma connaissance, il ne comporte pas l'information. La seule information fournie jusqu'à présent est celle qui provient du Comité consultatif national; mais il ne s'agit en fait que d'un rapport destiné au ministre dont la teneur a été déclarée en grande partie secrète.

M. Young: On nous a montré deux brochures, mais je ne sais pas comment elles sont distribuées ni qui les obtient.

Dr Gold: Je ne sais pas non plus. À ma connaissance, seul le Comité consultatif national a affecté certains crédits à l'information. À part cela, rien n'a vraiment été fait pour lancer une campagne d'information.

M. Young: Comment est-ce que le docteur Smith diffuse cette information?

Dr Gold: Ils nous a demandé de nous en charger.

M. Young: Comment fait-il pour informer le grand public?

[Text]

Dr. Gold: Again, as far as I am aware, the Science Council has in fact . . . I have seen some of the co-ordinated public information, again by pamphlets, by brochures, by information to the media, and by in fact having media processes of their own where they could co-opt various individuals from the medical community and from the social science community as well, because I think we are looking at legal and social implications. I think that is the approach that would have to be taken, again to utilize the expertise that is presently already extant in this country.

I find, sometimes to my distress, that when I do watch a media event that comes through the CBC, the major input in that event comes from the CDC in Atlanta rather than the LCDC in Ottawa, and from workers in Harvard and other universities and the NIH rather than from Toronto and McGill and so on, which need not necessarily be the case now. I do not think we should be chauvinistic about the disease. God knows we could have done without it. But the fact is that there is a great deal being done here, and like anything else that goes on here, I think we have a right to tell our population that they are not . . .

The feeling that is left is not that it is wrong for someone else to be doing things, but that we have nothing going on here, and therefore the fear should be greater because to get help you have to go to the U.S. because nothing is being done. Now, to some extent that may be true, because in fact there are not the clinics we should have and the places to go to, but I do not think we should leave our population with the feeling that nothing is happening in Canada. A great deal is happening in Canada.

Mr. Young: I do not know if you have already made arrangements for this, but it may be a good idea for this committee to have a chat with Dr. Smith.

The Chairman: The steering committee could certainly have a look at that as a suggestion.

Mr. Young: Okay, that is it. Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Gold: Thank you, sir.

The Chairman: Thank you, Mr. Young.

It is time now for the government side. I have three names. If you wish to share the 10 minutes, that is reasonable, too. Mr. Hockin first, Mr. Lesick, and Madam Bertrand.

Mr. Hockin: I have one major question, so it should not take the 10 minutes. It is kind of a tough, restrained kind of approach to this whole topic and it has to do with priorities. It is so huge that I do not quite know how to prioritize it, and I was wondering if you could give us some guidance on priorities in two senses.

First of all, when we talk about AIDS, we are talking about research; we are talking about clinics; we are talking about getting out information. You even mentioned the relevance of the Charter of Rights and insurance questions and so on, so it is a big issue.

[Translation]

Dr Gold: On essaie d'informer le public en publiant des brochures, en informant les médias qui peuvent, à leur tour, faire appel à des spécialistes en médecine ou en sciences sociales, car tout cela a des incidences juridiques aussi bien que sociales. Il faudra donc faire appel à tous les services compétents qui existent actuellement dans le pays.

J'ai constaté à mon vif regret que les émissions consacrées à ce sujet par Radio-Canada étaient basées sur les faits fournis par le «*Center for Disease Control*» à Atlanta plutôt que par le LLCM à Ottawa en citant des autorités de l'Université Harvard et d'autres universités américaines plutôt que les spécialistes de l'Université de Toronto, de McGill ou d'autres universités canadiennes. Il ne s'agit pas bien entendu de faire preuve de chauvinisme pour s'attaquer à une maladie aussi grave que celle-ci. Il n'en reste pas moins que du très bon travail se fait ici au Canada et que nos concitoyens sont en droit de le savoir.

On risque ainsi d'inquiéter inutilement la population en lui faisant croire que nous ne faisons rien et qu'il faut nécessairement se rendre aux États-Unis pour obtenir de l'aide. C'est peut-être vrai dans une certaine mesure car nous n'avons pas encore ouvert de cliniques vraiment spécialisées; mais il ne faudrait quand même pas laisser croire aux gens que nous ne faisons rien au Canada car c'est faux.

M. Young: Je pense que des dispositions devraient être prises pour que nous puissions discuter de toute cette question avec le docteur Smith.

Le président: Le Comité directeur va examiner cette suggestion.

M. Young: Parfait. Merci, monsieur le président.

Dr Gold: Merci.

Le président: Merci, monsieur Young.

C'est maintenant au tour des députés gouvernementaux. Messieurs Hockin et Lesick ainsi que madame Bertrand, vous pouvez vous partager les dix minutes dont vous disposez. C'est à M. Hockin de commencer.

M. Hockin: Je n'ai qu'une seule question à poser, il ne nous faudra donc pas dix minutes. Vu l'ampleur du problème, il s'agit avant tout d'établir un ordre de priorité et je voudrais avoir votre avis à ce sujet.

Pour vaincre le SIDA, il faut faire des travaux de recherche, ouvrir des cliniques et informer la population. Cela pourrait même soulever des questions relevant de la Charte des droits, des problèmes d'assurance, etc.

[Texte]

• 1035

How do you prioritize these? Where should money and resources go, or would you not want to discriminate among those? And then, on the research side, University Hospital in London is in my riding and there is a critical mass of people there, and obviously at McGill, Toronto and so on. Where do we start with research? It seems to me in Canada we should be doing research where there is a kind of critical mass of medical researchers around a certain topic, which is related to AIDS. Rather than saying, we have to do something in Canada, which sounds chauvinistic, say, look, we have some of the world leaders . . . mononucleosis, if that is one of the themes. Let us fund that institute.

So perhaps you can help me with priorities. And just parenthetically, I did not know, was there an epidemic of mononucleosis in the last two or three years?

Mrs. Pépin: Yes.

Dr. Gold: There have been . . . We see these blips periodically and until now we have not paid much attention, but in the last three to six months there have been many more cases.

Mr. Hockin: Just another parenthetical thing, AIDS is new I gather, right?

Dr. Gold: Totally new.

Mr. Hockin: Yes, okay.

Dr. Gold: That is an excellent question and I think something should be said of that. Again, you say, what can we do in Canada? The work that we discussed this morning in fact has never been done and can now not be done anywhere else, because it is too late. The fact that AIDS is new we know simply because, when we began the study in 1982, none of the patients involved was positive for the AIDS virus, but now patients are. It presumably, if this point has not yet been made, is a mutant of a monkey virus, of the green monkey virus. This is presumably from Central Africa, because the waste of Africa has been endemic for this problem, now epidemic for the problem.

The mode of transmission there remains uncertain. I think one should perhaps pay some mind to that, in that we are looking at individuals where we have 50/50 male to female, as opposed to 95/5 in our population. This at one point made me feel that perhaps we were looking at a vector-borne disease, mosquito, black fly. Because of something that was happening up north in northern Canada, I was trying to find a common source and a common vector. But we should put that aside, because the data are not in yet and I do not want anyone to panic. I do not think anything . . .

But how did this virus get into the population, from the monkey to man? Being mildly Victorian in my upbringing, I thought perhaps it was again virus involvement. I learned from some contacts in Europe that in fact copulation between green monkeys and women in Zaire, for the entertainment of visiting dignitaries, is not at all unusual. That would be one possible manner of transmission, but no one has really established that.

[Traduction]

Comment dans ces conditions établir un ordre de priorité pour l'attribution des crédits, ou bien ne faut-il pas faire de distinction à votre avis. L'hôpital universitaire de London dans ma circonscription a d'excellents spécialistes ainsi que McGill à Toronto. J'estime que la recherche devrait être effectuée dans les centres médicaux possédant suffisamment de chercheurs spécialisés dans les domaines se rapportant d'une façon ou d'une autre au SIDA. Plutôt que de faire preuve de chauvinisme, il faudrait faire appel à certains de nos spécialistes mondialement connus; ainsi la mononucléose pourrait avoir une certaine incidence. Ces instituts devraient obtenir les crédits nécessaires.

Il faudrait donc établir un ordre de priorité. A ce propos, y a-t-il eu une épidémie de mononucléose au cours des deux ou trois dernières années?

Mme Pépin: Oui.

Dr Gold: Il y a effectivement des signaux de temps à autre auxquels nous n'avons pas prêté beaucoup d'attention jusqu'à présent; mais depuis six mois environ, on a enregistré de nombreux nouveaux cas.

M. Hockin: Le SIDA est donc une maladie entièrement nouvelle?

Dr Gold: C'est exact.

M. Hockin: D'accord.

Dr Gold: Vous me demandez ce que nous pourrions faire au Canada. Les travaux dont il a été question ce matin ne peuvent plus être faits parce qu'il est trop tard. Lorsque cette étude a été entamée en 1982, aucun des malades ne présentait une réaction positive au virus du SIDA, ce qui est le cas actuellement et qui prouve que le SIDA est effectivement une maladie nouvelle. Le virus du SIDA est une mutation d'un virus qu'on a prélevé sur le singe vert. La maladie serait donc originaire d'Afrique centrale où elle est endémique et non pas épidémique.

Nous ne savons pas encore au juste comment le SIDA se transmet en Afrique. En Afrique, la maladie atteint également les hommes et les femmes alors qu'ici elle atteint 95 p. 100 d'hommes contre 5 p. 100 de femmes seulement. C'est ce qui m'avait fait penser un moment que la maladie pouvait être transmise par les moustiques ou la mouche noire et j'ai donc essayé de trouver un vecteur. Je ne peux donc rien dire de plus à ce sujet car les résultats de ces travaux n'ont pas encore été étudiés. Il est donc inutile de semer la panique.

Comment ce virus a-t-il été transmis des singes aux hommes? J'ai appris par des collègues en Europe qu'il n'était pas du tout rare au Zaïre de faire s'accoupler des singes verts et des femmes au cours de spectacles offerts à des dignitaires en visite. C'est une façon dont la maladie aurait pu être transmise, bien que ce ne soit pas vraiment établi. Ce n'est pas un spectacle bien ragoûtant mais il paraît que cela arrive.

[Text]

It is not a pleasant perception but, nevertheless, I gather that it occurs.

It is a new virus. It is a mutant and it is a new disease.

Priorities: I think effectively, as clinicians and as people who worry about people, our first priority is to look after the patient, look after the individual who is scared to death that because of some activity at some point he or she may in fact be a victim of the disease. So we have to immediately make available clinic facilities. It is not a client, it is a claimant. Our citizens have a right to care.

As I am an investigator by trade, perhaps I would have had different priorities. But there is no question, if we are health care professionals, our first priority is the patient.

The second priority is to try to put the mind of the populace at rest because, again, 99% of our population is not at risk. Yet in a recent poll that I saw, some 38% are terrified. They think about it all the time. Another 20% say, oh my God, it is going to happen tomorrow. So we have to do something about public information.

And finally, biomedical phenomenon is a tripod of patient care, teaching and research, but research is also the base on which the tripod stands. If we remove the research then, in fact, we are transmitting somebody else's information and we will not ever be able to provide good service unless we are doing the work here. What areas of research? We have in this country some of the finest immunology in the world and AIDS is primarily an immunological disease, if you will, or a breach of the immunological disease. We have at the moment the best investigation going on in blood product transmission, and I think we probably have some of the finest epidemiologists in this country that one could find anywhere. So those are, for example, three areas that one might go at immediately.

• 1040

We lack in this country the ability to contain the virus, so that we require immediately the establishment of biocontainment areas at level C of dangerous agents, so that we can carry on the research. The research becomes almost twice as expensive because of the need for biocontainment as if one were not involved in looking after a virus which, if it broke out into the general public, would be a major disaster.

So effectively we are trying to have both things done at the same time. It is going to be more expensive in the research line. But we do have good areas of research to pursue.

Mr. Lesick: Dr. Gold, we are certainly honoured to have you here, and I like the way you are able to explain things so we can truly understand the dissemination of the information from you to us.

Let me go back to the beginning. Why do homosexuals, in particular, have AIDS, and why have they been transmitting AIDS? You are suggesting anal intercourse. Is that because of the membrane being broken?

[Translation]

Il s'agit donc d'un nouveau virus et d'une nouvelle maladie.

En tant que médecins, nous devons tout d'abord nous attacher à soigner les malades qui ont une peur bleue à l'idée qu'en raison de leur mode de vie, ils sont atteints de cette terrible maladie. Il faut donc que ces personnes puissent se faire soigner dans des services appropriés car c'est leur droit.

En tant que chercheur, je pourrais personnellement avoir d'autres priorités, mais en tant que personnel soignant, nous devons tout d'abord venir en aide aux malades.

Deuxièmement, il faut apaiser les craintes de la population car 99 p. 100 de celle-ci n'attrapera jamais la maladie. Or d'après un récent sondage, 38 p. 100 de la population est obsédée par cette idée et 20 p. 100 craint de l'attraper un jour ou l'autre. Il faut donc lancer une campagne d'information.

Il faut donc assurer les soins des malades, l'enseignement et la recherche, laquelle constitue un élément clé, car sans recherche, nous devons faire confiance aux renseignements provenant d'ailleurs, ce qui ne nous permettrait pas d'assurer des soins de qualité. Or il se fait que nous avons justement au Canada des spécialistes mondialement connus de l'immunologie et le SIDA est une maladie immunologique. Nous sommes en train de faire d'excellents travaux d'étude sur la transmission de virus par les produits du sang et nous avons également des épidémiologistes mondialement réputés. Voilà donc trois domaines auxquels nous pourrions nous attaquer immédiatement.

Par contre nous n'avons pas les installations nécessaires pour confiner le virus et nous devons commencer par créer une installation de confinement biologique de catégorie C pour agents dangereux afin que nous puissions poursuivre les travaux de recherche. La nécessité de travailler dans des installations de bioconfinement pour l'étude de ce virus double les coûts de la recherche, mais le confinement est bien entendu indispensable vu qu'il n'est pas question de contaminer le public.

Il va donc falloir faire les deux en même temps. Les travaux de recherche seront coûteux, mais nous sommes bien placés pour les poursuivre.

M. Lesick: C'est un honneur pour nous de vous avoir comme témoin et j'apprécie beaucoup la façon dont vous avez essayé de nous expliquer le problème.

Comment se fait-il que ce soit les homosexuels qui soient essentiellement frappés par le SIDA et qu'ils le transmettent à leur tour? Est-ce dû au fait qu'ils pratiquent la sodomie et qu'ils déchirent ainsi les membranes?

[Texte]

Dr. Gold: I think that is an excellent question. In fact, the perception has been that it is a gay disease and if the homosexuals had not been there the problem would not have occurred. I think your question bears on that, and I think the perception is wrong. The homosexual population have amplified the disease within their population, but effectively the disease, as a new one, would have come along in any event. The rise might have been more gradual.

Why the homosexual? I expect it is a matter of sexual practice. The transmission, it seems, had gone from Africa through Haiti, through North America, perhaps acquired at one point in Haiti because of the frequenting of that area by homosexuals on holiday.

There is no question that anal intercourse appears to be a very important and prevalent point. I am not at all certain whether it is because of the entry into the blood directly because of the bleeding that occurs or if it is the anal rectal mucosa that cannot yet handle viruses in the same fashion as vaginal mucosa... that the defence mechanisms of the mucosal membranes may not be the same. So it may be on the basis of one or other of those phenomena. That we have not yet determined. But certainly the practice itself transmits the virus through the rectal membranes.

Mr. Lesick: From what you have told us, it seems the problem is urgent. Organization has to be set up immediately and with the greatest amount of speed in this area. You are suggesting now to us this morning that we should possibly have special hospitals, or special hospital areas, call them what you will, for patients. How long do AIDS patients end up in hospitals? Many of them are at home, and they last there for some time; they go to the hospital periodically and back and forth. How long are they hospitalized?

Dr. Gold: Let me just go through some figures that we have already from the U.S. At the moment I am told by my colleagues in New York that in certain of the city core hospitals not infrequently one in three beds is occupied by a patient with AIDS. If that were to happen, for example, in the hospital at which I work and where I have my staff, we would have to close up shop, because with the chronic patient load already, that would effectively close down the hospital for acute admissions.

Patients with AIDS initially are seen and occasionally worked up in the hospital on their first pass. If they remain well, obviously they remain out of the hospital. The moment they become obviously ill, even if they do not require hospitalization, the manner in which they are sometimes forced to live, because of the social implications, becomes a major problem. They are in fact evicted from their housing. They live with others, and no one is particularly happy about it.

• 1045

At some point in time, or frequently on recurrent occasions, they enter hospital with acute infections, which we treat with antibiotics, and they are restored to reasonable health. We can give some therapy for Kaposi's sarcoma and they will go out,

[Traduction]

Dr Gold: Les gens ont tendance à croire que c'est une maladie d'homosexuels et que s'il n'y avait pas eu d'homosexuels, le SIDA n'aurait pas existé. Or c'est faux. L'incidence de la maladie est certainement très élevée parmi les homosexuels, mais s'agissant d'une maladie nouvelle, elle se serait manifestée de toute façon, bien que peut-être plus lentement.

Si elle frappe majoritairement les homosexuels, c'est sans doute en raison de certaines pratiques sexuelles. La maladie originaire de l'Afrique aurait ensuite atteint Haïti et puis l'Amérique du Nord, les homosexuels américains se rendant en grand nombre à Haïti pour les vacances.

La sodomie est certainement en cause dans la transmission de la maladie. Je ne sais pas si le virus est transmis directement dans le sang à cause des saignements provoqués par cette pratique ou bien si les muqueuses rectales résistent moins bien que les muqueuses vaginales aux attaques du virus. Ces détails n'ont pas encore été établis. Toujours est-il que le virus pénètre effectivement à travers les muqueuses anales au cours de la sodomie.

M. Lesick: C'est donc devenu un problème très urgent et des mesures doivent être prises le plus rapidement possible. Vous avez dit que des services spéciaux devraient peut-être être créés dans les hôpitaux pour le soin de ces malades. Combien de temps les malades atteints du SIDA doivent-ils rester à l'hôpital? De nombreux malades vivent chez eux mais se rendent à l'hôpital périodiquement pour se faire soigner. Combien de temps sont-ils hospitalisés généralement?

Dr Gold: Mes collègues de New York m'ont expliqué que dans certains des hôpitaux du centre de la ville, un lit sur trois est occupé par un malade atteint du SIDA. Si cela devait arriver dans mon service, on serait obligé de fermer les portes, car avec le nombre de malades chroniques que nous avons, nous ne pourrions plus admettre les personnes atteintes de maladies aiguës.

Les personnes atteintes du SIDA lorsqu'elles se rendent à l'hôpital subissent un examen et pour autant que leur état de santé le leur permette, elles peuvent rentrer chez elles. Mais lorsque leur maladie devient évidente pour tous et même si elles n'ont pas vraiment besoin d'être hospitalisées, elles sont souvent confrontées à un tas de problèmes. Ainsi certaines ont été mises en demeure de quitter leur logement. Elles sont obligées de se réfugier chez d'autres avec des résultats souvent désastreux.

À un certain moment, ou souvent à intervalles réguliers, elles arrivent à l'hôpital avec des infections aiguës qu'un traitement aux antibiotiques permet de plus ou moins juguler. Nous pouvons arrêter la progression du sarcome de Kaposi

[Text]

but only to return. Prior to their demise, they will often be in hospital for weeks to months.

Right now, I think the problem is shown not only in the patient load. For example, at the Montreal General Hospital last week, there were seven patients, which is not a lot, only 1% of our total population. Yet it involves an enormous expenditure in energy. Now, does it "pay" to effectively build a hospital for the 7 plus 7 plus 10? No, I would not build a hospital, but I think that we do have institutions which are lying dormant and which could be converted to such an institution; we could staff it appropriately and perhaps expand it as needed.

Also, the question arose as to the critical mass of investigation. An excellent way of making sure that a critical mass arises is by providing a facility in which collaborating investigators can work. Initially, the facility would not only look after the housing of patients who are hospitalized but also look after their diagnosis on a clinical out-patient basis, for a critical mass of investigators in the same area with appropriate containment structures. I think this could be one way to go, sir.

Mr. Lesick: Are doctors across Canada conversant with AIDS? You are doing a tremendous amount of work. Others, possibly in Toronto, are doing the same thing. How about those in Saskatoon, Winnipeg, Edmonton or Calgary?

Dr. Gold: I think that in every area in this country... Winnipeg is a good one that you mentioned. For example, Dr. Allan Ronald in Winnipeg is one of the world's authorities in infectious disease in general and certainly in the AIDS area. We had a long conversation at his laboratories the other week.

In every centre, we have people who are actively involved and interested in the problem. But in the medical profession, as in any other lay area and group, everyone is a layman in some area or in every other area except his own. Even in the medical profession, perhaps primarily in the medical profession, because of the fear of contact, there may be as much ignorance in many sectors as in any other group in the non-medical population. People are not as aware as they should be, and are as likely to pick up a newspaper as they are a medical journal. I picked up a very interesting piece in *The Economist* the other day, which I should have seen in *The Lancet* or *The New England Journal of Medicine*, because my colleague in England chose to speak to a reporter instead of writing it down, which he really should have done.

In any event, I think that we are dealing with large holes of knowledge in the medical community as well, sir.

Mr. Lesick: Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Mr. Lesick. Dr. Gold, if we may just interrupt the questioning for a few moments, I hope to have the approval of the 11th report of the steering committee, or the subcommittee on agenda and procedure. With your approval, I shall not read the whole thing, but just summarize.

[Translation]

mais ce n'est qu'un répit. Avant leur décès, il arrive souvent qu'elles restent à l'hôpital pendant des semaines ou des mois.

À l'heure actuelle, je crois que le problème ne se situe pas simplement au niveau du nombre de patients. Par exemple, la semaine dernière à l'Hôpital générale de Montréal, il y avait sept patients, ce qui n'est pas beaucoup, puisque cela ne représente que 1 p. 100 de l'ensemble de nos malades. Pourtant, cela requiert une dépense énorme d'énergie. Maintenant, serait-il judicieux de construire un hôpital pour les sept plus sept plus dix? Non, je ne construirais pas d'hôpital, mais je crois que nous avons des institutions qui tournent au ralenti et qui pourraient être converties. Nous pourrions y affecter le personnel nécessaire quitte à l'accroître en fonction des besoins.

Il y a également la question de la documentation. Une excellente manière de s'assurer d'une accumulation maximum de renseignements serait de créer un service où les chercheurs pourraient travailler en collaboration. Au départ, ce service ne s'occuperait que de l'accueil des patients hospitalisés, mais suivrait également les patients rentrés chez eux et communiquerait les diagnostics à tous les autres chercheurs. Ce serait une solution, monsieur.

M. Lesick: Les médecins canadiens connaissent-ils bien le SIDA? Vous faites un travail énorme. Il est possible que d'autres médecins à Toronto fassent la même chose. En va-t-il de même à Saskatoon, Winnipeg, Edmonton ou Calgary?

Dr Gold: Je crois que dans toutes les régions du pays... Winnipeg est un bon exemple. Le docteur Allan Ronald de Winnipeg est une des autorités mondiales pour les maladies infectieuses en général et pour le SIDA en particulier. Nous avons eu une longue conversation dans ses laboratoires l'autre semaine.

Dans chaque centre, il y a des gens qui s'intéressent activement à ce problème. Cependant, dans la profession médicale, comme dans toute autre profession, ceux qui sont spécialisés dans un domaine ignorent souvent ce qui se passe dans les autres. Même dans la profession médicale, peut-être encore plus dans la profession médicale à cause de la peur du contact, il est possible qu'il y ait autant d'ignorance dans de nombreux secteurs que dans tout autre groupe de la population non médicale. Les gens ne sont pas toujours aussi au courant qu'ils devraient l'être et sont tout aussi susceptibles de lire le journal qu'une revue médicale. J'ai trouvé l'autre jour un article très intéressant dans *The Economist* que j'aurais dû trouver dans *The Lancet* ou dans *The New England Journal of Medicine* tout simplement parce que mon collègue anglais a choisi de s'adresser à un journaliste plutôt que de rédiger lui-même l'article, ce qu'il aurait en réalité dû faire.

Quoi qu'il en soit, j'estime que l'ignorance est encore également très grande dans le monde médical, monsieur.

M. Lesick: Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Lesick. Monsieur Gold, permettez-moi d'interrompre les questions un instant. J'aimerais faire approuver le 11^e rapport du Comité directeur ou du Sous-comité du programme et de la procédure. Avec votre

[Texte]

We met on November 19 last and agreed to the following four recommendations. The first one relates to the need for a meeting, which is now scheduled for Monday, instead of November 6, with the Minister, to deal with the Supplementary Estimates (B) of the Department of National Health and Welfare.

The second point relates to a recommendation taken by your steering committee that we hear, on the basis of a telephone request we had from the First Nations Confederacy, which wants to meet with us regarding some problem. We have since had a letter from them indicating to us that it is really a matter of Indian child welfare. The particular problem has been referred, through the Supplementary Estimates (B) to the Standing Committee on Indian Affairs and Northern Development. We feel now it would be inappropriate to bring it to this committee, in view of the reference of this particular item to the other standing committee. I would hope now that the full committee today will remove the second item from the report.

The third item deals with the authorization to the chairman to invite particular representatives to these meetings on the subject of AIDS, which of course we are doing today. We have plans for this for the period between now and the Christmas recess. Fourthly, a recommendation was taken by your subcommittee that we take up a suggestion of the Parliamentary Library that we invite one of their research officers, in the person of Mr. Robert Milko, to join this committee as our researcher and be in a position to help us with a report, if that should be deemed necessary at a later date. Perhaps, if I could ask somebody if they would like to move the acceptance of this report.

• 1050

Mr. Young: I so move.

The Chairman: I am inviting discussion in relation to the removal of item 2. This was brought to our attention originally by Mrs. Pépin. We were led to believe there was a medical problem they wanted to talk to us about, but when we got the final letter from the Indian people, the First Nations Confederacy, it was more a welfare problem. If this turns out not to be the case, we can certainly have another round at this, and have a chance to invite them back at a later date. Is there any further discussion? Would somebody like to . . .

Mr. Redway: Mr. Chairman, on your point 4: I just wondered, about Mr. Milko, whether he has some particular expertise, or he is a generalist. What is the designation of Mr. Milko?

The Chairman: I think he has some interest in the biological area—this is an interest of his. He has done some preliminary work in the area of AIDS, and has already written a report, on behalf of the library on the subject of AIDS, which was given to the subcommittee, as a matter of fact. He is probably the

[Traduction]

approbation, je ne lirai pas tout ce rapport mais j'en ferai un simple résumé.

Nous nous sommes réunis le 19 novembre et nous avons approuvé les quatre recommandations suivantes. La première concerne une réunion qui est maintenant prévue pour lundi, au lieu du 6 novembre, avec le ministre, pour procéder à l'étude du Budget supplémentaire (B) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

La deuxième concerne une recommandation reçue par votre Comité directeur et voulant que nous invitions la Confédération des Premières nations qui par téléphone nous avait informés de son désir de nous parler d'un certain problème. Depuis, nous avons reçu une lettre nous indiquant qu'en réalité il s'agissait d'un problème concernant les services sociaux pour les enfants. Ce problème a été renvoyé dans le cadre de l'étude du Budget supplémentaire (B) au Comité permanent des affaires indiennes et du Nord canadien. Nous estimons donc maintenant que cette invitation serait inopportune puisque cet autre comité permanent a été saisi de cette question. J'ose espérer que vous serez d'accord pour que nous supprimions cette recommandation du rapport.

La troisième autorise le président à inviter certains porte-parole lors des réunions relatives à l'étude sur le SIDA, ce que nous sommes justement en train de faire aujourd'hui. Nous avons prévu des réunions jusqu'à l'intersession de Noël. Quatrièmement, il nous a été recommandé sur la suggestion de la Bibliothèque du Parlement que nous retenions les services d'un de ces chercheurs, M. Robert Milko, afin qu'il puisse nous aider dans la rédaction de notre rapport, si cela s'avérait nécessaire, à une date ultérieure. J'aimerais que quelqu'un propose l'adoption de ce rapport.

M. Young: J'en propose l'adoption.

Le président: J'aimerais ouvrir la discussion au sujet de la suppression de la deuxième recommandation. À l'origine, cette question avait été portée à notre attention par M^{me} Pépin. Nous avons cru qu'ils voulaient nous parler d'un problème médical, mais lorsque nous avons reçu la dernière lettre de la *First Nations Confederacy* il s'est avéré qu'il s'agissait plus d'un problème de bien-être. Si tel n'est pas vraiment le cas, nous pourrions toujours revenir sur cette question et les inviter à une date ultérieure. Y a-t-il d'autres commentaires? Quelqu'un voudrait-il . . .

M. Redway: Monsieur le président, au sujet de votre quatrième recommandation, je me demande si M. Milko peut se prévaloir d'une certaine spécialisation ou s'il est simplement généraliste. Pourquoi M. Milko?

Le président: Je crois qu'il s'intéresse tout particulièrement aux questions de biologie. Il a déjà fait quelques recherches préliminaires sur le SIDA, il a déjà rédigé un rapport pour la bibliothèque sur le SIDA, rapport qui a été communiqué au sous-comité, d'ailleurs. Il est probablement le seul chercheur

[Text]

one person in our library, here, that has some knowledge of the subject.

Mr. Redway: That is fine. Thanks.

The Chairman: I think, the first thing we need to do is to ask somebody to move now that we delete paragraph two from the report of the subcommittee.

Dr. Marin: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: Are you ready for the question on the main motion as amended: That we approve the report of the steering committee as amended?

Motion agreed to

The Chairman: Thank you very much. We can now return again to questioning for as long as the committee wishes. We normally adjourn at about 11 a.m., but because of Dr. Gold being here, if you wish . . .

Mrs. Pépin: I have one small question.

The Chairman: First of all, if I may go to Mrs. Bertrand for five minutes, and then we will start a second round of five minutes.

Mme Bertrand: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, docteur Gold, pour votre exposé de ce matin. Permettez-moi de faire un commentaire. Plus nous entendons de spécialistes en la matière, plus la question devient dramatique, et je n'ai aucune raison de croire que vous essayez de dramatiser la chose. Bien au contraire.

Vous avez répondu à beaucoup de questions de mes collègues et je pense que la réponse que vous donnerez à ma question sera en quelque sorte un résumé de ce que vous avez dit jusqu'à maintenant. Je pense aux recommandations que vous et votre équipe pourriez faire aux parlementaires et au gouvernement qui ont une certaine responsabilité en ce qui concerne la santé des Canadiens. Vous en avez fait une qui est très précise, soit d'augmenter le budget; une deuxième a trait à l'installation de cliniques à travers le Canada.

Je voudrais vous poser une question sur ce point précis. Si demain on lançait l'idée d'établir ces cliniques, la population serait-elle encore davantage prise de panique? Les patients se présenteraient-ils volontairement à la clinique? En un mot, seraient-ils heureux de cette décision?

Dr. Gold: In fact, the thing the establishment of clinics would do is not to cause anxiety but to relieve it. Sometimes, the perception that something positive is happening relieves a great deal of anxiety. At least, we have heard this said by patients who could go to a cancer clinic, and who could go to an infectious disease clinic.

• 1055

I think the most important thing that might be worth saying is that perhaps 20 out of 21 patients that we see who are concerned about some form of AIDS or AIDS-related problems in fact do not have any. So the first thing we would

[Translation]

de notre bibliothèque qui ait quelques connaissances en la matière.

M. Redway: Très bien. Merci.

Le président: Je suppose qu'il faudrait tout d'abord que quelqu'un propose que nous supprimions le deuxième paragraphe du rapport du sous-comité.

M. Marin: Je propose cette suppression.

Motion adoptée

Le président: Êtes-vous prêts à adopter la motion principale sous sa forme modifiée: êtes-vous prêts à approuver le rapport du Comité directeur sous sa forme modifiée?

Motion adoptée

Le président: Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant reprendre les questions pour aussi longtemps que vous le souhaitez. Normalement nous devons lever la séance à 11 heures mais étant donné que M. Gold est notre témoin, si vous souhaitez . . .

Mme Pépin: J'ai une petite question à poser.

Le président: Tout d'abord, j'aimerais donner ces cinq minutes à Mme Bertrand puis nous entamerons un deuxième tour de cinq minutes.

Mrs. Bertrand: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Gold, I thank you for your presentation. Let me make a comment. The more we hear experts, the more tragic the story gets, and I have no reason to believe that you are over-dramatizing it. On the contrary.

You have answered a lot of questions from my colleagues and I think that the answer you give to my question will be, in a way, a summary of what you have said up to now. I am thinking of the recommendations that you and your team could make to Parliamentarians and to the government who have some responsibility for Canadians' health. You made one that was very specific, namely to increase the budget; another one relating to the establishment of clinics throughout Canada.

I would like to ask you a question on that point. If tomorrow we were to initiate that idea of establishing clinics, would the population be even more panic-stricken? Would those patients enter voluntarily those clinics? In other words, would that decision make them happy?

Dr Gold: En fait, cette ouverture de clinique ne provoquerait pas d'anxiété mais plutôt un soulagement. Parfois, la perception d'une initiative positive réduit grandement le degré d'anxiété. C'est tout du moins ce que nous ont dit les patients lorsqu'ils ont pu se rendre dans des services de cancérologie ou dans des services de maladies infectieuses.

Je crois qu'il importe de signaler que sur 21 patients qui viennent nous consulter pour des problèmes liés au SIDA, 20 d'entre eux en fait ne l'ont pas. Donc, de telles cliniques permettraient premièrement, si vous le voulez, à ceux qui n'ont

[Texte]

have with a clinic, if you will, in a given area is that people who have no reason to worry would not have to worry. I think Madam Pépin has made the same point with cancer, cancer of the breast. How many times do women ignore lumps? They worry about it for months, and in fact the lump is benign. Nine out of ten times it is a cyst. They should have seen their doctor that day. The same thing is true of AIDS. First of all, there is the concern: do I have it? Secondly, how do I tell my friends if I do have it? Thirdly, where do I go to find out? If you do not know easily where to go to find out then the problem is enormous.

Now, by establishing clinics I understand what you are saying: we are saying to the population we have a real problem; we are even going to have special clinics. But I think the problem is there. It has been sensationalized. I think we can desensationalize it if at the same time we say now look, there is a problem, but not nearly the kind of problem you think. In fact, to let you know that it is not as terrible as you think it is, if you are worried go to XYZ in your community and you need not worry any more. I think it can be done that way.

Mme Bertrand: Je croyais que la clinique dont vous parliez était un hôpital où les patients identifiés comme porteurs ou atteints de la maladie iraient se faire soigner. Je pensais qu'il s'agissait d'une sorte de sanatorium comme ceux qu'on avait anciennement. Mais vous vous semblez dire que ce serait aussi une clinique d'information. Il y aurait les deux types de clientèle.

Dr. Gold: Right. I think that is the whole point, because otherwise we are going to be getting into a problem of multiple costs unnecessarily. I think the same place where we are going to in fact hospitalize our AIDS patients when the diagnosis is made is the same place where we should have the patients or the individuals who are concerned come. Effectively the same procedures are going to be used, the same care in handling blood specimens, the same approach to the problem by the professional—that we have to do this, that and the other, but we can do it all here, and if something is to be found we can handle it; you need not go anywhere else. We are not going to send you around the area to get a . . . Right now a patient can go to five different places, starting with one of the CLSCs, for example, in Montreal in a metro station, and then to the hospital and then back and forth to certain clinics. There is just no drill for doing it.

So effectively I think we would have the institution where in fact you would look after the patients, relieving the general hospitals of that problem, a place for patients who are concerned to go to find out if they are infected, and a setting for a laboratory where in fact we could have a critical mass of investigators in the same place. I think we are talking about the same institution for all.

The Chairman: Thank you, Madam Bertrand; we will come back to you for a second round if you wish. Madam Pépin.

Mme Pépin: Vous avez bien dit que le virus n'était pas la cause de la maladie. Je me permets d'insister là-dessus parce

[Traduction]

aucune raison de se faire de souci de ne pas s'en faire. Je crois que M^{me} Pépin a dit la même chose au sujet du cancer du sein. Combien de fois les femmes ignorent-elles ces grosseurs? Elles se font du souci pendant des mois alors qu'en fait la grosseur est bénigne. Neuf fois sur dix c'est un kyste. Elles auraient dû consulter leur médecin dès le premier jour. Il en va de même pour le SIDA. La première question est: est-ce que je l'ai? Deuxièmement, comment le dire à mes amis si je l'ai? Troisièmement, à qui dois-je m'adresser pour le savoir? Ne pas savoir à qui s'adresser amplifie énormément le problème.

Si nous ouvrons des cliniques, je comprends vos inquiétudes. Cela revient à dire à la population que le problème est tel que nous allons devoir ouvrir des cliniques spécialisées. C'est à ce niveau que se situe le problème. Il y a eu sensationnalisation. Je crois que nous pouvons désensationaliser ce problème si en même temps nous disons: d'accord, il y a un problème mais il n'est pas aussi important que vous le croyez. En fait, pour que vous compreniez bien que ce n'est pas aussi terrible que vous le pensez, si vous vous inquiétez, allez consulter tel ou tel centre dans votre communauté et vous n'aurez plus à vous inquiéter. Je crois que c'est la solution.

Mrs. Bertrand: I thought that the clinic that you were referring to was a hospital where patients identified as carriers or afflicted with the disease could get some treatment. I thought that it would be some kind of sanatorium such as we had in former times. Whereas you seem to say that it would also be an information centre. There would be two classes of clientele.

Dr Gold: C'est exactement cela car autrement nous multiplierions inutilement les dépenses. Je crois que l'endroit où nous hospitaliserons nos patients diagnostiqués comme étant atteints du SIDA doit être le même endroit où ceux qui ont des inquiétudes peuvent venir s'informer. Les mêmes procédures seront utilisées, le même soin apporté à l'analyse des spécimens de sang, la même approche du problème par les professionnels—nous devons procéder à tous ces examens mais nous pouvons tous les faire au même endroit et si nous trouvons quelque chose, nous sommes équipés, et vous n'avez pas besoin d'aller ailleurs. Nous ne vous enverrons pas ailleurs pour procéder . . . À l'heure actuelle un patient peut être envoyé dans cinq endroits différents, en commençant par un de ces CLSC, par exemple, à Montréal dans une station de métro, puis à l'hôpital puis de nouveau dans certaines cliniques. Il n'y a pas de règles.

Nous aurions donc une institution où nous prendrions en charge les patients, soulageant d'autant les services des hôpitaux généraux, un endroit où pourraient se rendre pour consultation les personnes craignant d'être atteintes par cette maladie, et un environnement permettant à un grand nombre de chercheurs de travailler dans le même laboratoire. Ce serait le même établissement pour tous.

Le président: Merci, madame Bertrand; je vous redonnerai la parole pour un deuxième tour si vous le souhaitez. Madame Pépin.

Mrs. Pépin: You did say that the virus was not the cause of the disease. I do stress that, because I think it matters very

[Text]

que je trouve qu'il est très important qu'on le dise s'il y a une campagne d'information. Actuellement, c'est *the other way around*.

Vous avez dit qu'on pouvait attraper ou transmettre ce virus par le biais d'injections. Je suis une ancienne infirmière, et je me rappelle que lorsqu'on donnait une injection, on nettoyait bien et on faisait très attention. Pouvez-vous me donner plus de détails, car je ne vois pas tout à fait comment cela peut se transmettre ainsi?

Dr. Gold: Oh yes, this is an excellent question. It is of course not transmitted by the needle in the hospital.

Mrs. Pépin: No.

Dr. Gold: In the drug culture in any large city there is a place called the shooting gallery—I know this from a very checkered childhood—where in fact you pick up both your drugs and your syringes and your needles. The needles are in fact those that have been used before. So effectively what we are talking about . . . In fact if you do a study—and this has been done in San Francisco and New York and we are now doing our own in Montreal—virtually all the prostitutes that are positive are those who picked up their infection by using contaminated needles in the shooting gallery.

Mrs. Pépin: I did not know that.

Dr. Gold: On the point of the virus not being the infectious agent, let me clarify if I may. I think that certainly the HTLV III virus is a very important factor in the disease, but that the virus alone is not likely to cause the condition. I think that of the million people—and now this is the estimate—in North America who are presently infected with the virus, in fact, only a very small fraction will ever get the full-blown disease.

• 1100

Mme Pépin: Parfait. On a dit tout à l'heure qu'on avait besoin de cliniques ou de centres hospitaliers. Il m'est venu une idée, puisque je viens du Québec. Actuellement, on ferme beaucoup d'écoles qu'on pourrait sûrement réaménager pour en faire des cliniques. Merci.

Dr. Gold: Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Madam Pépin. Mr. Young.

Mr. Young: It was not my intention, Mr. Chairman, to ask any further questions, but one area you may be able to clear up for us . . . there is some confusion in my own mind, largely based on what we have been told. It is my impression that there is some feeling, at least in the Department of National Health and Welfare, that there is an adequate amount of money being set aside for research, that the problem is not dollars, that the problem is finding adequately trained researchers in this area. On the other hand we have heard from our previous witnesses, Dr. Gill, for example, and I think Dr. Clayton, who said there is a lack of available funds for research into AIDS, and that what they are required to do, is take their departmental budgets and target existing dollars into research into AIDS, which of course, in turn, takes dollars

[Translation]

much that we say so if we initiate an information campaign. Presently, it is *l'inverse*.

You said that this virus could be caught or transmitted through injections. I am a former nurse and I remember that when we gave an injection we were very careful to clean the needle thoroughly. Can you give me more details? I do not see exactly how it can be transmitted in that way.

Dr. Gold: Oh oui, c'est une excellente question. Bien entendu, il n'est pas transmis par l'aiguille à l'hôpital.

Mme Pépin: Non.

Dr. Gold: Dans le monde de la drogue, dans toute grande ville, il y a toujours un endroit où les gens qui se shootent s'approvisionnent—j'en sais quelque chose, car j'ai eu des hauts et des bas dans ma jeunesse—où en fait on s'approvisionne aussi bien en drogues qu'en seringues et en aiguilles. Les aiguilles ont déjà servi. Il s'agit donc en fait . . . Si vous faites une étude—ce genre d'étude a déjà été faite à San Francisco et à New York et nous sommes en train de faire la nôtre à Montréal—vous vous apercevrez que pratiquement toutes les prostituées dont les tests sont positifs ont utilisé des aiguilles ayant déjà servi et donc contaminées.

Mme Pépin: Je ne le savais pas.

Dr. Gold: Maintenant, pour ce qui est du virus qui ne serait pas l'agent infectieux, permettez-moi d'apporter une précision. Il est certain que le virus HTLV III est un facteur très important dans cette maladie mais sa seule présence ne la provoque pas automatiquement. Je crois que sur le million de personnes—c'est une estimation—en Amérique du Nord qui sont actuellement contaminées par ce virus, en fait, seule une toute petite fraction contactera véritablement cette maladie.

Mrs. Pépin: Right. You said earlier that there was a need for clinics or hospital facilities. An idea came to my mind since I am from Quebec. Right now a lot of schools are closed down and they could certainly be redesigned to be turned into clinics. Thank you.

Dr. Gold: Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Pépin. Monsieur Young.

M. Young: Monsieur le président, je n'avais pas l'intention de poser d'autres questions, mais vous pourriez peut-être éclairer notre lanterne . . . Mes propres idées sont assez confuses et c'est en grande partie dû à ce qui nous a été rapporté. J'ai l'impression que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, entre autres, estiment que le budget assigné à la recherche est suffisant et que ce n'est pas un problème de ressources financières mais un problème de ressources humaines, de chercheurs qualifiés en nombre suffisant. A l'inverse, nos témoins précédents, M. Gill, par exemple, ainsi que M. Clayton, je crois, se sont plaints d'un manque de fonds disponibles pour la recherche sur le SIDA, et de l'obligation qu'ils avaient de puiser dans leur budget départemental pour financer cette recherche, ce qui avait pour

[Texte]

away from other areas. One area suffers while more money is targeted to AIDS.

Dr. Gold: Quite right.

Mr. Young: Just to clear up that confusion, perhaps you could add some clarity to the thing.

Dr. Gold: Right, okay. Yes, I do not think there should be very much confusion. I think we are probably on average spending about one-tenth of what we should be spending just in the research area of AIDS.

I would agree completely that a problem is never solved by throwing money at it. In fact, we have been known to throw money at things inappropriately for a long while. However, I do think we have the research facility, the personnel and the abilities in this country to carry on with good research in AIDS if the funds were to be made available.

For example, through the LCDC, which has been very co-operative and very kind to us in providing information, we have now been waiting for something called a fluorescence-activated self-sorter for our laboratory for two years. We hope it will be forthcoming within the next couple of weeks, but it has been a long time in coming, and the information that could have been generated in the interim is enormous. Again, it is the kind of thing we are going to have to be able to do if we are going to make headway.

However, I would agree completely that one does not make a problem go away with money alone. One has to have the expertise. We are going to have to identify it, but do that in the usual fashion of providing funds for any kind of research.

I should perhaps point out that in the U.S. this year, because of the concern vis-à-vis the AIDS problem, one of the ways they have directed more dollars to AIDS research is by lowering what is called the cut-off line for research for AIDS-related projects. There is a very famous statement that is found in many American grant applications when they are returned. It says "approved but not funded", and frequently the cut-off is one-third of those that are approved. Below that line, they are approved but not funded.

In the area where AIDS research has been involved, that line has been lowered to 66% or even 100% of grants, so although the same general areas have been funded for research, those involving AIDS have been funded where they might otherwise have been approved but not funded.

Mr. Young: I think everything we have heard so far from previous witnesses, including yourself, is that taking a trunk of money and throwing it at AIDS is not going to work, that what is required probably is a more targeted approach...

Dr. Gold: Absolutely.

Mr. Young: —to specific areas of AIDS research. By the way, I think Dr. Gill made the argument that this would have

[Traduction]

conséquence, bien entendu, de réduire d'autant les budgets consacrés aux autres recherches. S'ils consacrent plus d'argent au SIDA, c'est aux dépens des autres domaines de recherches.

Dr Gold: Tout à fait exact.

M. Young: Pour dissiper toute confusion, vous pourriez peut-être nous apporter quelques éclaircissements.

Dr Gold: D'accord. Oui, je ne pense pas qu'il devrait y avoir de confusion. Je crois que nous consacrons probablement en moyenne environ un dixième de ce que nous devrions consacrer à la recherche sur le SIDA.

Je suis entièrement d'accord avec vous l'argent n'est pas toujours la bonne méthode pour régler un problème. En fait, nous avons depuis longtemps une mauvaise réputation sur le plan financier. Cependant, je crois que dans ce pays nous avons à notre disposition les installations de recherches, le personnel et les talents pour faire de la bonne recherche sur le SIDA si les fonds nécessaires étaient mis à notre disposition.

Par exemple, grâce au LLM, qui a été très coopératif et qui a eu l'amabilité de nous fournir les renseignements nécessaires, nous attendons maintenant depuis deux ans pour notre laboratoire une trieuse automatique fonctionnant sur le principe de la fluorescence. Nous espérons la recevoir d'ici une ou deux semaines, mais cela fait longtemps que nous l'attendons, et si nous l'avions eu plus tôt nous en saurions certainement davantage aujourd'hui. C'est le genre de problème qu'il nous faut résoudre si nous voulons parvenir à des résultats.

Cependant, je suis tout à fait d'accord, l'argent à lui seul ne peut régler tous les problèmes. Nous avons besoin de spécialistes. Nous devons cerner le problème mais nous devons le faire, sur le plan financier, de la même manière que pour toute autre forme de recherche.

Je devrais peut-être vous signaler qu'aux États-Unis cette année, à cause de l'inquiétude que pose le problème du SIDA, un des moyens qu'ils ont trouvé pour accroître le budget destiné à la recherche sur le SIDA a été d'abaisser le seuil de recherche pour les projets liés au SIDA. Beaucoup de demandes de subvention américaines, quand elles sont renvoyées à leurs expéditeurs, contiennent une petite phrase très célèbre: «Approuvé mais non financé», et très souvent le seuil correspond à un tiers de celles qui sont approuvées. Sous ce seuil, elles sont approuvées mais elles ne sont pas financées.

Chaque fois qu'il s'est agi de recherches sur le SIDA, ce seuil a été ramené à 66 p. 100 ou même à 100 p. 100 des subventions, si bien que si les mêmes domaines généraux de recherches ont été financés, ceux concernant le SIDA l'ont été alors qu'autrement ils auraient pu être approuvés mais non pas financés.

M. Young: J'ai l'impression que tous les témoins, y compris vous-même, semblent nous dire que faire un effort de financement supplémentaire n'est pas suffisant, qu'il faut concentrer les efforts...

Dr Gold: Absolument.

M. Young: ... sur certains domaines spécifiques de la recherche sur le SIDA. D'ailleurs, je crois que M. Gill a dit

[Text]

tremendous spin-off effects on other areas of research that are not being attended to at the present time.

Dr. Gold: I think there are two terribly important things here. First of all, we may have to ask our biomedical investigators to be less free-thinking for a short while in terms of their own interests and target their interests towards this area, because it is a major public health problem.

• 1105

Secondly, I think the information to be forthcoming . . . For example, my own initial interest in getting into this, besides studying a disease before it began, has been the forever ongoing question of what is the interaction of the immune system and cancer development. Here we have for the first time a situation where we can ask that question because patients who are immune deficient with AIDS develop cancer. So obviously we are going to learn a very, very great deal by doing this.

I could not agree more. I think your comments are extremely well taken, sir.

Mr. Young: Thank you very much. By the way, you have been a terrific witness.

Dr. Gold: Thank you. Are you looking for professional witnesses?

The Chairman: Mrs. Bertrand.

Mme Bertrand: Merci. Je pense qu'on pourrait vous poser des questions toute la journée, docteur. Si mes collègues ont dû partir, c'est parce que d'autres comités siègent. Ce n'est pas que ce ne soit pas intéressant.

Ma dernière question porte sur la coordination de l'information dont vous avez parlé. J'ai été un peu paniquée à la pensée que *Canada A.M.*, aurait une émission spéciale de deux heures, demain matin, pour répondre aux appels du public. C'est une émission assez sérieuse, et j'espère qu'ils ont pris toutes les précautions pour que l'information donnée soit scientifique. Il reste quand même que les media sont très alertés et qu'on se servira de toutes sortes de moyens pour faire plaisir au grand public.

Avez-vous des propositions très concrètes à faire, par exemple, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, pour cette coordination et cette diffusion de l'information. Je m'inquiète à savoir si le fédéral prend trop d'importance. Les provinces pourraient dire que ce n'est pas de votre juridiction, c'est de la juridiction provinciale.

Dr. Gold: Oh yes, absolutely. I think that in terms of the press and the federal-provincial situations—and I guess there is enough head-bashing going on today somewhere else at another meeting—the fact is that this is the kind of problem which may allow us to bring ourselves together. I think the government should make very definite overtures to the media—the CBC might just consider itself part of the national groups—and I think the provinces and the federal government must get together on this. Again, hospitalization and hospital care is a provincial matter, but I think it is critically important

[Translation]

que cela aurait des retombées énormes sur d'autres secteurs de recherches qui sont tombés actuellement dans l'oubli.

Dr Gold: Je crois qu'il y a deux choses terriblement importantes ici. Premièrement, il est possible qu'il nous faille demander à nos chercheurs biomédicaux d'oublier un instant leurs propres intérêts et de consacrer toutes leurs énergies à cette question, car c'est un problème majeur de santé publique.

Deuxièmement, je crois que les renseignements futurs . . . par exemple, si je me suis intéressé à cette question au départ, mis à part le fait d'étudier une maladie avant qu'elle ne se déclenche, c'est parce que comme beaucoup, j'essaie depuis toujours de résoudre la question du lien entre le système de défense immunitaire et le développement du cancer. Ici, pour la première fois, nous avons des patients dont le système immunitaire est déficient qui contractent le cancer. Il est évident que cette maladie va nous apprendre énormément.

Je ne pourrais être plus d'accord avec vous. Vos observations sont extrêmement pertinentes, monsieur.

M. Young: Merci beaucoup. Vous êtes un témoin extraordinaire.

Dr Gold: Merci. Vous cherchez des témoins professionnels?

Le président: Madame Bertrand.

Mrs. Bertrand: Thank you. Doctor, I think we could ask you questions all day long. If my colleagues had to leave it is because other committees are sitting. It is not for lack of interest.

My last question deals with the co-ordination of information to which you have referred. I was a bit panic stricken by the thought that *Canada A.M.* will have a two-hour special program open line tomorrow morning. It is a rather serious program and I do hope they will be cautious enough so that the information given be scientifically based. Nevertheless, the media go with the wind and they will pull all the stops to please the general public.

Do you have concrete suggestions, for instance, for the Department of National Health and Welfare relating to that information co-ordination and dissemination. I am concerned that the federal takes too much of a lead in that field. The provinces could say that it is not its jurisdiction, that it is theirs.

Dr Gold: Oui, sans aucun doute. Quant à la presse et aux relations fédérales-provinciales—et je suppose qu'ailleurs en ce moment, dans une autre réunion, les échanges ne sont guère cordiaux, il reste que ce genre de problème peut contribuer à conjuguer les efforts. Le gouvernement ferait bien de solliciter les médias—Radio-Canada se considérerait peut-être comme faisant partie des groupes nationaux, et je crois que les provinces et le gouvernement fédéral doivent unir leurs efforts. Encore une fois, l'hospitalisation et les soins hospitaliers relèvent de la juridiction provinciale, mais il est essentiel que le gouvernement fédéral coordonne les efforts.

[Texte]

that the federal government get into this in a co-ordinated fashion.

My recommendation vis-à-vis the media would be in fact to sit down with them in the appropriate forum with the appropriate individuals about that as the scientific community involved and to make certain that they are in line and on line. We do not want them to start screaming that they are being muffled and they are not being allowed to say the things they should be saying because of course our only access to the public is through the media and they must say and do the things they do, presumably, because it is important for information purposes.

But often my own experience has been that bad information is as much the fault of the medical population as it is of the media because we do not communicate well; we talk in terms that are not easily understood; we oversimplify because we do not feel that they are going to be understood by the people we are talking to. An hour spent on going through the problem from the beginning, instead of taking bits and frames of the problem: this is happening today; that happened last year . . . There is no continuum. It is our job as a profession to make the media aware of what is happening. I think it is the job of government to facilitate that communication and to make available a resource between the media and the scientific community. I do not think anyone in the media right now wants to panic.

I am equally concerned about *Canada AM*. I believe it is Monday morning.

Mrs. Bertrand: Tomorrow.

Dr. Gold: Is it tomorrow? There is also something on Monday morning. They are, as I say, a terribly responsible body, but in the process of communicating an idea, unless one sticks to a text and does not put it down, a word, a phrase . . . This morning I said the term 'mononucleosis'—not to imply that mononucleosis was a cause of the problem, but it was like mononucleosis. Yet if people do not always hear what they have been told, they hear what they have heard, and if that were to be said on a program like *Canada AM*, then everybody who is told they have mononucleosis from now on will believe they are going to get AIDS. I know that. As I said the term, I said mononucleosis-like, and I thought, oh, you fool, why did you say that? Because effectively, I know that I am not trying to transmit that information but I may have transmitted that information by using the wrong word, because it is a word people know: mononucleosis. So I think a little time spent in informing the media with the government agency, be it the Science Council of Canada or otherwise, as the catalyst with input from the political standpoint, because I think it is a socio-political/economic/scientific problem, that we could in fact prepare to do this properly and to inform our public well.

• 1110

Mrs. Bertrand: Thank you.

The Chairman: Dr. Gold, if I may have the indulgence of the committee to ask you one question on the subject of treatment of the disease. I had a call this week from a

[Traduction]

Pour ce qui est des médias, je recommanderais une réunion dans un lieu approprié avec les personnes appropriées représentant le monde scientifique afin de prévenir tout malentendu. Nous ne voudrions pas qu'ils puissent se plaindre d'être bâillonnés, de ne pouvoir dire ce qu'ils ont envie de dire, car il est certain que notre seul accès au public est par l'intermédiaire des médias, et sur le plan de l'information il importe que rien ne les limite dans leurs actes ou leurs propos.

Cependant, j'ai souvent constaté que la désinformation était tout autant la faute du monde médical que celle des médias, car nous ne communiquons pas bien; nous parlons dans des termes qui ne sont pas facilement compréhensibles; nous simplifions à l'extrême car nous estimons être difficilement compris par ceux à qui nous nous adressons. Une heure consacrée à un historique du problème depuis le début, plutôt que de donner des renseignements partiels et ponctuels: c'est ce qui arrive aujourd'hui; c'est ce qui est arrivé l'année dernière . . . il n'y a pas de dynamique. Nous avons pour tâche d'informer les médias sur ce qui se passe. Je crois que le gouvernement a pour tâche de faciliter cette communication et d'établir le lien entre les médias et le monde scientifique. Personne dans les médias actuellement ne veut paniquer.

Le programme de *Canada AM* m'inquiète également. Je crois que c'est lundi matin.

Mme Bertrand: Demain.

Dr. Gold: Demain? Il y a aussi quelque chose lundi matin. Les responsables des médias, comme je l'ai déjà dit, font preuve d'une très grande responsabilité, mais en communiquant une idée, à moins qu'on ne s'en tienne à un texte, à moins qu'on écrive tout, mot à mot, phrase par phrase . . . Ce matin, j'ai parlé de mononuclease—non pas pour dire que la mononuclease était la cause du problème mais que c'était comme la mononuclease. Pourtant, si les gens n'entendent pas toujours ce qu'on leur dit, ils entendent ce qu'ils entendent, et si cela devait être dit lors d'une émission comme *Canada AM*, tous ceux à qui on dit qu'ils ont la mononuclease croiront dorénavant qu'il vont avoir le SIDA. Je le sais. Lorsque je dis comme la mononuclease, immédiatement j'ai pensé, imbécile, pourquoi as-tu dit cela? Car je sais que ce n'est pas ce que je veux dire et que j'ai fait une erreur en utilisant ce terme car tout le monde sait ce que veut dire: mononuclease. Une séance d'information des médias organisée par une agence gouvernementale, par le Conseil des sciences du Canada, par exemple, où l'aspect politique serait également évoqué, car à mon avis il s'agit d'un problème socio-économico-scientifique, serait fort utile à une bonne information du public.

Mme Bertrand: Merci.

Le président: Monsieur Gold, si les membres du Comité le permettent, j'aimerais vous poser une question sur le traitement de la maladie. J'ai reçu cette semaine un appel d'un de

[Text]

physician colleague who is treating these cases in another centre that you named this morning in your presentation, and he has had a problem obtaining certain new drugs that are coming out for the experimental, shall we say in quotes, 'treatment'. He tells me they wait as long as 11 months for protocol to be developed before they can get the drug, and on the other hand, there is a provision whereby they can get drugs by a special dispensation under ... I forget the precise term, some kind of compassionate term.

Dr. Gold: That is correct, sir.

The Chairman: And they have been denied it on those grounds. I am wondering whether you feel that because of the anxiety that patients who have the disease have and their need to grasp at straws, whether we should not be allowing virtually any drug out on an ad hoc basis until we have reason to think that it should not happen. I would like to get your views on that. Obviously, it is a problem we will have with the public, because these people are saying, well, if we cannot get it in Canada, we want to go to the United States, and Canadians should not have to go to the United States.

Dr. Gold: I agree, sir, and I think that you, as a physician, have probably faced this problem in other areas, as I have.

There are a number of new drugs from a number of companies that are now available. The vetting is being done, I believe, by the National Advisory Committee on AIDS, or a new committee that has been set up as a part of that group. Protocols are being written. The real problem, I guess, with any kind of protocol therapy, as it is in cancer in general, for example, where there are protocols written, is I do not think anybody knows whether the drug will be worse than the disease or will help. On the other hand, I think that as soon as something is available there should be a facilitation of entry into the study. I think that it would be foolhardy to use a drug without control, because if we are not going to do any good, then we should at least know that we have not in an appropriate fashion, so we do not have to do a bad experiment twice. But I think that certainly there should be a facilitation mechanism for the utilization, that is, of the IND, of the investigation on new drug protocol in the area of AIDS, and that perhaps the Health Protection Branch should become involved in looking at this problem with Dr. Henderson, Dr. Lucis and others as quickly as possible.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Gold. Well, on behalf of the committee, may I thank you very much for your testimony this morning? You have obviously been very impressive for the committee and we thank you for taking the trouble to come to Ottawa this morning.

Dr. Gold: My pleasure, sir. Thank you.

The Chairman: The next meeting of the committee is called for Monday next, December 2 at 3.30 in room 308, west block, and the order of reference then will be supplementary estimates (B), and the Minister of National Health and Welfare will be appearing.

[Translation]

mes collègues médecin qui traite ses patients dans un autre centre dont vous avez parlé ce matin dans votre exposé, et il a du mal à se procurer certains nouveaux médicaments utilisés dans un traitement, nous dirons, entre guillemets, expérimental. Il me disait qu'il leur fallait parfois onze mois de démarche avant de pouvoir recevoir ce médicament alors qu'une disposition les autorise par dispense spéciale... je ne me souviens plus des termes exacts, pour des raisons humanitaires... à utiliser certains médicaments.

Dr Gold: C'est exact, monsieur.

Le président: On leur a refusé ces médicaments pour ces raisons. Je me demande, étant donné l'anxiété des patients qui ont contracté cette maladie et qui sont prêts à se cramponner à n'importe quel espoir, si selon vous, nous ne devrions pas autoriser l'utilisation de pratiquement tous les médicaments existants sur une base ponctuelle tant que nous n'aurons pas des raisons d'interdire leur utilisation. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. De toute évidence, c'est un problème que nous allons avoir avec le public car ces gens nous disent: si nous ne pouvons les avoir au Canada, nous irons aux États-Unis et il n'y a aucune raison pour que les Canadiens soient poussés à cette extrémité.

Dr Gold: Je suis d'accord, monsieur, et en tant que médecin, vous avez probablement dû faire face à ce problème dans d'autres domaines, tout comme moi.

Il y a un certain nombre de nouveaux médicaments proposés par un certain nombre de compagnies, qui sont maintenant disponibles. Je crois qu'ils sont examinés par le Comité consultatif national sur le SIDA ou un nouveau comité créé par ce groupe. Les posologies sont rédigées. Le problème que pose ce genre de posologie, comme c'est le cas d'une manière générale pour le cancer, par exemple, lorsqu'il existe des posologies, est que je ne connais personne qui puisse affirmer que le remède sera pire que la maladie ou permettra de la juguler. En revanche, je crois que dès qu'un nouveau produit est disponible, on devrait faciliter son utilisation à des fins expérimentales. Il serait téméraire d'utiliser un médicament sans contrôle car si le résultat est négatif, il faut pour le moins respecter une certaine procédure afin qu'il n'y ait pas répétition d'une mauvaise expérience. Il reste que l'utilisation de l'IND devrait être facilitée, que l'examen posologique de nouveaux médicaments pour le traitement du SIDA devrait être simplifié et que la Direction de la protection de la santé, M. Henderson, M. Lucic et leurs collaborateurs devraient se pencher au plus vite sur ce problème.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Gold. Au nom du Comité, pourrais-je vous remercier infiniment de votre témoignage de ce matin? Il est évident que vous nous avez fortement impressionnés et nous vous remercions d'avoir pris la peine de venir à Ottawa ce matin.

Dr Gold: Tout le plaisir a été pour moi, monsieur. Merci.

Le président: La prochaine réunion de notre Comité aura lieu lundi prochain, le 2 décembre à 15h30 dans la salle 308 de l'Édifice de l'ouest et notre témoin sera le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social dans le cadre de l'examen du budget supplémentaire (B).

[*Texte*]

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[*Traduction*]

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

Dr. Phil Gold, Montreal General Hospital.

Dr Phil Gold, Hôpital général de Montréal.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 25

Monday, December 2, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 25

Le lundi 2 décembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Supplementary Estimates (B) 1985-86: Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b and 70b under NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses supplémentaire (B) 1985-1986: crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 55b et 70b sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Jake Epp,
Ministre de la Santé nationale et du bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Leo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Wednesday, November 6, 1985

ORDERED,—That National Health and Welfare Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b and 70b for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Le mercredi 6 novembre 1985

IL EST ORDONNÉ,—Que les crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 55b et 70b, Santé nationale et Bien-être social, pour l'année se terminant le 31 mars 1986, soient déférés au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

ATTESTÉ

pour Le Greffier de la Chambre des communes

MICHAEL B. KIRBY

for The Clerk of the House of Commons

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, DECEMBER 2, 1985

(30)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:50 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Douglas Frith, Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin and Neil Young.

Alternate present: Alan Redway.

Other Member present: Alex Kindy.

Appearing: The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: J.D. Nicholson, Assistant Deputy Minister, Medical Services; Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection; D.M. Lyngseth, Assistant Deputy Minister, Corporate Management; D. Kirkwood, Deputy Minister.

The Order of Reference dated Wednesday, November 6, 1985, relating to Supplementary Estimates (B) for the fiscal year ending March 31, 1986, being read as follows:

ORDERED,—That National Health and Welfare Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b and 70b for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

It was agreed,—That questioning be allowed on Votes 55b and 70b relating respectively with "Fitness and Amateur Sport" and the "XV Winter Olympic Games".

By unanimous consent, the Chairman called Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b and 70b under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

The Minister made a statement and, with the witnesses, answered questions.

At 5:12 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 2 DÉCEMBRE 1985

(30)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 50, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Douglas Frith, Bruce Halliday, Charles-Eugène Marin, Neil Young.

Substitut présent: Alan Redway.

Autre député présent: Alex Kindy.

Comparaît: L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: J.D. Nicholson, sous-ministre adjoint, Services médicaux; Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; D.M. Lyngseth, sous-ministre adjoint, Gestion ministérielle; D. Kirkwood, sous-ministre.

Lecture de l'ordre de renvoi du mercredi 6 novembre 1985 relatif au Budget des dépenses supplémentaire (B) pour l'année financière se terminant le 31 mars 1986 est donnée en ces termes:

IL EST ORDONNÉ,—Que les crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 55b et 70b, Santé nationale et Bien-être social pour l'année se terminant le 31 mars 1986, soient déferés au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Il est convenu,—Qu'un interrogatoire soit autorisé au sujet des crédits 55b et 70b ayant respectivement trait au programme *Condition physique et sport amateur* et aux *XV^{es} Jeux olympiques d'hiver*.

Par consentement unanime, le président met en délibération les crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 55b et 70b inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

A 17 h 12, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, December 2, 1985

• 1550

The Chairman: I will call the meeting to order, please.

We are commencing consideration of supplementary estimates (B) for the fiscal year ending March 31, 1986, to be read as follows:

Ordered—That National Health and Welfare Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b and 70b for the fiscal year ending March 31, 1986, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

I can remind the committee that, earlier on, the steering committee felt we did not need to have staff for questions asked on the issue of Fitness and Amateur Sport, but I understand the Minister has brought officials from Fitness and Amateur Sport should you wish to ask questions.

We have appearing today the Hon. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, along with several witnesses from his department.

I will now call Votes 10b, 25b, 35b, 40b, 55b, and 70b under National Health and Welfare. These votes relate to the following programs of the department: Health Services and Promotion Program, Medical Services Program, Health Protection Program, and Capital Expenditures.

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Department—Health Services and Promotion Program

Vote 10b—Health Services and Promotion—The grants listed in the Estimates and contributions—.....\$8,000,000

Department—Medical Services Program

Vote 25b—Medical Services—Operating expenditures and contributions—.....\$23,642,000

Department—Health Protection Program

Vote 35b—Health Protection—Operating expenditures—.....\$3,156,500

Vote 40b—Health Protection—Capital expenditures—.....\$4,251,000

Department—Fitness and Amateur Sport Program

Vote 55b—Fitness and Amateur Sport—Contributions—.....\$4,361,000

Department—XV Olympic Winter Games Program

Vote 70b—XV Olympic Winter Games—Contributions—.....\$1,842,403

The Chairman: I would now welcome the Minister and invite him to introduce his officials to us if he wishes, and to also make an opening statement if he so wishes.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 2 décembre 1985

Le président: Je déclare la séance ouverte.

Nous commençons l'examen du budget des dépenses supplémentaire (B) pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1986, dont l'ordre du jour est le suivant:

Que soient référés au Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social les crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 55b et 70b pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1986.

Je vous rappelle que le Comité directeur avait jugé que nous n'avions pas besoin de spécialistes pour les questions se rapportant à Condition physique et Sport amateur, mais je vois que le ministre a amené des hauts fonctionnaires de Condition physique et Sport amateur, au cas où vous auriez des questions à poser.

Nous avons devant nous aujourd'hui l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ainsi que plusieurs de ses collaborateurs.

Nous allons maintenant examiner les crédits 10b, 25b, 35b, 40b, 45b et 70b de Santé nationale et Bien-être social, qui se rapportent aux programmes suivants: Services et promotion de la santé, Programme des services médicaux, Protection de la santé et Dépenses en capital.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

Ministère—Programme des services et de la promotion de la santé

Crédit 10b—Services et promotion de la santé—Subventions inscrites au Budget et contributions.....8,000,000\$

Ministère—Programme des services médicaux

Crédit 25b—Services médicaux—Dépenses de fonctionnement et contributions23,642,000\$

Ministère—Programme de la protection de la santé

Crédit 35b—Protection de la santé—Dépenses de fonctionnement3,156,500\$

Crédit 40b—Protection de la santé—Dépenses en capital.....4,251,000\$

Ministère—Programme de la condition physique et du sport amateur

Crédit 55b—Condition physique et Sport amateur—Contributions4,361,000\$

Ministère—Programme des XV^{es} Jeux Olympiques d'hiver

Crédit 70b—XV^{es} Jeux Olympiques d'hiver—Contributions1,842,403\$

Le président: Je souhaite maintenant la bienvenue au ministre et je l'invite, s'il le veut bien, à présenter ses collaborateurs et à nous faire sa déclaration d'ouverture.

[Text]

Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman and members of the committee. I appreciate the time I can spend with you on the supplementary estimates.

Before I make some brief remarks explaining the supplementary estimates themselves, I would like to introduce some of the officials who are here so that, if you have specific questions, you might know they are present. The assistant deputy ministers are present, and they are present on the basis of the supplementary estimates touching their responsibilities rather than the entire department being represented.

With me are the Deputy Minister, Mr. David Kirkwood; Mr. D. Lyngseth, ADM, Corporate Management, along with officials; Dr. Peter Glynn of Health Services and Promotion; Dr. Bert Liston, Health Protection Branch; Mr. David Nicholson, Medical Services Branch; and from Fitness and Amateur Sport, the ADM, Mr. Peter Lesaux. Those officials are here for any questions you might have directly.

Thank you, Mr. Chairman. I am pleased to appear before you today in relation to the supplementary estimates (B) of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1986. I will briefly outline the highlights to you.

Estimates approved for this year for the department amount to \$26.3 billion; that is, 25.7% of the government's total budgetary estimates. At this time, I am proposing an increase of \$45.3 million to be voted by Parliament for funding a number of items in the various programs of the department.

First, for the Health Services and Promotion Program, grants and contributions, there is an increase of \$8 million for the following grants: for the Canadian Cancer Society, \$1 million, which is for the Steven Fonyo Fund, if you need further explanation; for the Canadian Red Cross Society, \$5 million, which is the first of two payments of equal amounts for the national laboratories to be connected to the national headquarters; for the John P. Robarts Research Institute in London, Ontario, \$2 million.

Second, for the Medical Services Program, there is an increase of \$23.6 million and a transfer of \$1.1 million from the capital expenditures vote. This will provide funding for increased costs related to non-insured health services to eligible Indian and Inuit.

Third, for the Health Protection Program, an increase of \$7.4 million will provide needed funding for the Building Maintenance Program; study of the long-range transport of air pollutants, primarily acid rain; national biotechnology strategy; and construction of regional laboratory facilities at Winnipeg and the Vancouver region.

[Translation]

L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Je vous remercie, monsieur le président, mesdames et messieurs. Je suis heureux de vous consacrer du temps pour le Budget des dépenses supplémentaire.

Avant de vous donner quelques brèves explications sur le budget en question, je voudrais présenter les collaborateurs que j'ai amenés afin que si vous avez des questions spécifiques, vous sachiez à qui vous adresser. Les sous-ministres adjoints sont présents, moins pour représenter le ministère tout entier que pour vous répondre aux questions qui se rattachent à leurs attributions.

Je vous présente donc le sous-ministre, M. David Kirkwood, M. D. Lyngseth, de la Gestion ministérielle, ainsi que ses collaborateurs, le Dr Peter Glynn, des Services et promotion de la santé, le M. Bert Liston, de la Division de la protection de la santé, M. David Nicholson, de la Division des services médicaux et M. Peter Lesaux, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur. Ces personnes pourront vous répondre directement pour toutes les questions que vous voudrez leur poser.

Je vous remercie, monsieur le président. Je suis heureux de comparaître aujourd'hui devant vous pour vous parler du Budget des dépenses supplémentaire (B) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1986, dont je vais dégager les lignes principales.

Le Budget approuvé pour l'année s'établit à 26,3 milliards de dollars, soit 25,7 p. 100 des prévisions budgétaires totales du gouvernement. Je demande aujourd'hui le vote de crédits additionnels de 45,3 millions de dollars par le Parlement pour financer un certain nombre de postes de dépenses dans les divers programmes de mon Ministère.

1. Pour le programme des services et de la promotion de la santé, subventions et contributions, je demande un supplément de 8 millions de dollars pour les subventions suivantes: pour la Société canadienne du cancer, 1 million de dollars qui sont, je le précise, destinés aux Fonds Steven Fonyo, pour la Société canadienne de la Croix Rouge, 5 millions de dollars, soit le premier de 2 versements d'égale valeur, pour les laboratoires nationaux qui seront installés au siège national; pour l'Institut de recherche John Roberts à London (Ontario), 2 millions de dollars.

2. Pour le programme des services médicaux, une augmentation de 23,6 millions de dollars et un virement de 1,1 million de dollars du crédit des dépenses en capital. Ces fonds seront appliqués à l'augmentation du coût des services de santé non assurés, fournis aux Indiens et Inuit qui y ont droit.

3. Pour le programme de la protection de la santé, 7,4 millions de dollars de plus procureront les fonds nécessaires pour l'entretien des immeubles, la surveillance de la dissémination de polluants atmosphériques sur de longues distances, la stratégie nationale en matière de biotechnologie et la construction de laboratoires régionaux à Winnipeg et à Vancouver.

[Texte]

[Traduction]

• 1555

Although the Hon. Otto Jellinek was responsible for the Fitness and Amateur Sport and the XVth Olympic Winter Games Programs, I will give you the information for these programs as well, in case you have questions.

Fourth, for the Fitness and Amateur Sport Program, an increase of \$4.4 million in contributions will provide needed funding for implementation of International Youth Year projects, a contribution toward the 1987 Canada Winter Games, and contributions for the development of the best-ever teams for the 1988 Olympic Games.

Fifth, for the XVth Olympic Winter Games Program, \$1.8 million is required, which equals unspent commitments from the previous two years. This funding, within the \$200 million commitment, will enable the Government of Canada to meet its objectives for the XVth Olympic Winter Games, to be held in Calgary in 1988.

Mr. Chairman, I said I would be brief. That completes my overview of the supplementary estimates. If there are questions, I would of course be pleased to try to answer them.

The Chairman: Mr. Frith.

Mr. Frith: I would like, in fairness to the Minister, to indicate to him that some of my questions may be specific. For that reason some of his technical staff might be required to answer some of these questions.

It relates primarily to your role as the Minister of National Health and Welfare in delivery of the native health programs in the country, and more specifically to a problem I am now aware of in the province of Manitoba, which you, Mr. Minister, hail from. I am told the nursing station at Nelson House... this is Footprint Lake in particular... Footprint Lake has had very high fecal coliform counts and the residents have been informed to boil their water.

I am sure you are aware, as Minister of National Health and Welfare, that is not an unusual order to have occur in those parts of northern Canada. What is of concern, though, to the five bands that are involved is that they form part... a year ago, under that Manitoba flood agreement... and they have indicated to me that they are having a great deal of difficulty and a disagreement. I take it, between the two levels of government over who is going to pay for the infrastructure for sewer and water. I know that is a sort of quasi-Indian Affairs responsibility as well.

They have sent a telegram to the Minister of Indian Affairs, Mr. Crombie, and asked for a meeting. This was five or six weeks ago. They have been refused that meeting. Their concern is—and it is the one that I have... and I go back, Mr. Minister, to remind you of what happened in James Bay several years ago, when we had a similar kind of jurisdictional debate, in which the federal and provincial governments were arguing over who was going to pay for the new water supply

Bien que l'honorable Otto Jellinek soit responsable des Programmes de la condition physique et du sport amateur et des XV^{es} Jeux olympiques d'hiver, permettez-moi de vous en parler moi-même.

Quatre. Pour le Programme de la condition physique et du sport amateur, une augmentation de 4.4 millions de dollars au titre des contributions procurera les fonds nécessaires pour mettre en oeuvre des projets de l'Année internationale de la jeunesse, contribuer aux Jeux d'hiver du Canada de 1987, et verser des contributions pour la constitution d'équipes «Mieux que jamais» en prévision des Jeux olympiques de 1988.

Cinq. Pour le programme des XV^{es} Jeux olympiques d'hiver de 1988, 1.8 million de dollars sont demandés, somme qui correspond à des fonds engagés mais non dépensés au cours des deux années précédentes. Les fonds demandés qui font partie des crédits prévus de 200 millions de dollars permettront au gouvernement du Canada d'atteindre les objectifs prévus pour les XV^{es} Jeux olympiques d'hiver qui auront lieu à Calgary en 1988.

Je vous avais promis d'être bref, monsieur le président, et je viens donc de vous donner une vue d'ensemble du Budget des dépenses supplémentaire. Je m'empresserai de répondre à vos questions.

Le président: Monsieur Frith.

M. Frith: Je voudrais avertir le ministre que certaines de mes questions risquent d'être spécifiques, et c'est pourquoi certains de ses collaborateurs devront peut-être y répondre.

Ma question porte surtout sur les programmes de santé pour les Indiens, en particulier sur un problème qui m'a été signalé dans la province du Manitoba, dont vous êtes originaire, monsieur le ministre. On me dit que le dispensaire de Nelson House... Il s'agit surtout de Footprint Lake... La colimétrie a révélé l'existence de contamination fécale importante et les résidents ont été informés qu'ils devaient faire bouillir l'eau.

Vous n'ignorez sans doute pas, en tant que ministre de la Santé nationale et du bien-être social, qu'il ne s'agit pas là d'un cas isolé dans ces régions du Nord du Canada. Ce qui préoccupe cependant les cinq bandes en question, c'est qu'elles participent... Il y a un an, dans le cadre de l'entente sur les inondations au Manitoba... Les bandes m'ont fait savoir qu'il y a désaccord et dissension entre les deux gouvernements pour décider qui paiera l'installation d'un système d'adduction d'eau et d'égouts. Je sais que cette question relève également en partie des Affaires indiennes.

Il y a cinq ou six semaines, les bandes ont adressé un télégramme à M. Crombie, ministre des Affaires indiennes, en lui demandant un entretien qui leur a été refusé. Ce qu'elles craignent et ce que je crains également... Et je dois revenir en arrière, monsieur le ministre, pour vous rappeler ce qui s'est passé il y a quelques années à la Baie James, où il y avait un cas du même genre, les gouvernements fédéral et provincial se disputant pour savoir qui devait payer les travaux d'adduction

[Text]

and for sewer. We had an outbreak of gastroenteritis in which six or seven Indian babies died as a result.

I am asking you, as the Minister of National Health, to take a lead role in setting up a meeting with those five bands and your Minister of Indian Affairs counterpart, Mr. Crombie. Or perhaps you might shed some light on their claims that they are having difficulty in settling those disputes.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, about what might be the exact status at Nelson House, maybe Mr. Nicholson could help us on that. I will ask him to reply after I have answered Mr. Frith on the second part.

The Manitoba Flood Agreement is an agreement between the Government of Manitoba, Manitoba Hydro, and the federal government and its agencies.

• 1600

Part of the discussion that has taken place—you are right about that—was not so much a jurisdictional argument about the five bands concerned, but rather who would be the arbitrator. Now, it is my understanding . . . I should go back. There was an arbitrator appointed. It was Justice Ferg, who passed away; it was a very untimely death. We then had to go through the process of getting a new person appointed as arbitrator, and it took some time for all parties to agree who the arbitrator should be.

The arbitrator has been appointed, I can say. Even in the last few days, one of the discussions that took place, and it is unfortunate in my mind, was because Justice Ferg was on a federal salary and the new arbitrator is a private individual—that is, not appointed to the bench—who would pay the attendant costs? If that has not been resolved, I understand it is well on its way.

So the jurisdictional argument really is a secondary argument, because the arbitrator has those responsibilities to come up with . . . if an agreement cannot be found, then with a decision. So I think the process and the people are now in place. Regarding the exact status at Nelson House, I would ask Mr. Nicholson to answer that.

Mr. J.D. Nicholson (Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Minister. With regard to Nelson House, there was an enquiry that came forward about two weeks ago having to do with the quality of water in the Nelson House community. We dispatched some of our people to the site to do some checking. It seems the problem is centered on a ground-water problem within the community, and it has caused some concern with the quality of the water.

Our people are arranging to meet with the Indian Affairs people who are responsible for the subsurface infrastructure on the reserve to see what can be worked out in terms of improving the infrastructure. With respect to the meeting that was requested with Mr. Crombie, it is our understanding that he is considering now meeting with that group in the new year.

[Translation]

d'eau et d'installatin d'égouts. Une épidémie de gastro-entérite avait causé le décès de six ou sept bébés indiens.

Je vous demanderais donc, en tant que ministre de la Santé nationale, d'intervenir pour organiser une rencontre entre ces bandes et votre homologue, M. Crombie, ministre des Affaires indiennes. Peut-être pourriez-vous en même temps apporter certains éléments qui contribueraient au règlement de ces différends.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, M. Nicholson peut probablement vous renseigner sur Nelson House et vous dire exactement où en est la question. Je lui demanderais de répondre après que j'aurai donné à M. Frith la réponse à la deuxième partie de sa question.

Le *Manitoba Flood Agreement* (l'entente sur les inondations au Manitoba) est une entente entre le gouvernement du Manitoba, Hydro Manitoba et le gouvernement fédéral et ses organismes.

Il y a un point sur lequel vous avez raison, à savoir qu'une partie de la discussion portait moins sur la question de juridiction que sur le choix de l'arbitre. Mais il me faut revenir en arrière: un arbitre avait été nommé, c'était le juge Ferg, décédé subitement bien qu'il était encore très jeune. Nous avons alors dû nommer un autre arbitre et il a fallu du temps aux parties pour s'entendre sur le choix de celui-ci.

Mais un arbitre a été nommé et les discussions ont malheureusement repris de plus belle pour savoir qui en assumerait la charge financière, car le juge Ferg recevait un traitement du gouvernement fédéral tandis que le nouvel arbitre est un particulier qui n'est donc pas magistrat. Si la question n'a pas encore résolue, elle est du moins en voie de l'être.

Quant à la querelle de juridictions, c'est en réalité une question secondaire, car l'arbitre a certaines attributions. Si on ne parvient pas à s'entendre, ce sera à lui de trancher la question. Les gens sont donc nommés, le processus est en place et quant à la situation exacte à Nelson House, je vais demander à M. Nicholson de vous répondre.

M. J.D. Nicholson (Sous-ministre adjoint, Services médicaux, ministère de la Santé et du Bien-être): Je vous remercie, monsieur le ministre. Il y a une quinzaine de jours, une enquête a été publiée sur la qualité de l'eau de Nelson House, et nous avons envoyé quelques-uns de nos gens sur place pour la vérifier. Apparemment la qualité de l'eau est altérée des infiltrations.

Nos gens vont rencontrer les fonctionnaires des Affaires Indiennes responsables de l'infrastructure souterraine de la Réserve, pour voir quelles sont les possibilités d'améliorer celle-ci. Nous croyons également savoir que M. Crombie a consenti maintenant à rencontrer au début de l'année pro-

[Texte]

Mr. Frith: Okay, I am not going to belabour the point. I just want to tag it for the Minister's information that it seems to be an emerging problem for those groups. I know from a very bad experience with the Cree Indians at James Bay that I would hope we can prevent such a problem from arising.

Secondly, Mr. Chairman, I know it is difficult every time we get into supplementary estimates as to whether or not a line of questioning would be allowed. I would hope this might be included, because my staff inform me that under vote 10b, under the health services and promotion program, it includes some of the established program funding transfers for Medicare, the Canada Health Act, sustaining grants for organizations.

I know that in the past few days the Minister has been heavily involved in the first ministers meetings in Halifax, and a great deal of concern was voiced at that meeting. Mr. Chairman, by the first ministers for the provinces about the intent of the federal government to decrease the annual growth rate of the transfers from the federal government to the provinces. It is often very difficult on the floor of the House of Commons in a 30-second clip to be able to put the questions I would like to put to the Minister of Finance—in this case, to the Minister of Health and Welfare. However, I would like to ask the Minister that in the event that we are caught up in explaining both sides of an issue as to whether or not, with the reduced growth rate in the transfers to the provinces . . . what the net effect is going to be.

The question I would like to put to the Minister is that in his own national accounts component—when I say his, I mean his own government's—the Minister of Finance indicated that he is going to realize annualized savings of \$2 billion in the year 1990-1991. I quote those words "annualized savings"; those are not my words, those are the words of his own budget document. He also indicated that in the years 1985-86 and 1986-87 they anticipated zero annualized savings in a national accounts component, which leads me to my question, Mr. Minister. If that were true when you tabled the budget documents back on May 23, that night, then what has changed in the ensuing months to now indicate that you want to accelerate that process by one year? Those are the accusations; they are borne out by the documents that were tabled with the budget, but they are not borne out by the rhetoric that all sides have used since that May 23 budget night.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, Mr. Frith will recall the answer he received from the Minister of Finance in the House today. I cannot shed any new light on it other than to say that in the discussions, both at Halifax and earlier discussions, Mr. Frith describes it correctly as the government wanting to reduce the projected growth rate. By the projected growth rate, we would have to look at the projected growth rate over the present five-year span that the present arrangement takes into consideration. So that remains in place. It will be higher than the projected rate of inflation. It will be higher

[Traduction]

chaîne le groupe qui avait manifesté le désir d'avoir un entretien avec lui.

M. Frith: Je ne veux pas ressasser la question, mais je voulais simplement faire remarquer au Ministre que le problème semble se répéter souvent pour ces groupes. Après la désastreuse expérience avec les Indiens Cree à la Baie James, j'espère que nous pourrions empêcher la répétition de telles conditions.

Par ailleurs, monsieur le président, je sais qu'il est toujours difficile de poser des questions quand on en arrive au budget des dépenses supplémentaires, mais j'espère que ce sera possible, car on m'informe que le crédit 10b, à savoir le programme des services et de la promotion de la santé, contient certains des transferts de crédits des programmes établis pour l'assurance-maladie dans le cadre de la Loi sur la santé du Canada sous forme de subvention de soutien pour les organisations.

Je sais que le Ministre a participé intensément ces derniers jours à la Conférence de Halifax, et que les premiers ministres des provinces y ont beaucoup parlé de l'intention du gouvernement fédéral de diminuer le taux annuel de croissance des transferts du gouvernement fédéral aux provinces. À la Chambre des communes, il est souvent très difficile, en l'espace de 30 secondes, de formuler les questions que j'aimerais poser au ministre des Finances, mais en l'occurrence, au ministre de la Santé et du Bien-être. Je voudrais toutefois demander au Ministre quel va être l'effet de la décision du gouvernement de réduire le taux de croissance des transferts aux provinces.

Dans les états financiers du gouvernement, le ministre des Finances a indiqué qu'il allait réaliser une économie annuelle de deux milliards de dollars pour l'exercice fiscal 1990-1991. Il a employé le terme «économie calculée par année» pour reprendre les termes du document budgétaire. Il a également dit que cette épargne annuelle serait nulle pendant les années 1985-1986 et 1986-1987, ce qui m'amène à ma question, monsieur le Ministre. Si telle était la vérité, le soir du 23 mai, lorsque les documents budgétaires ont été déposés, quel est le changement intervenu au cours des mois suivants qui vous permet de faire savoir que vous avez accéléré d'une année le processus? Voici l'accusation portée contre vous, accusation qui s'appuie sur les documents déposés avec le budget, mais que l'on nie depuis dans toutes les palabres que l'on entend depuis la soirée du 23 mai.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je rappelle à M. Frith la réponse que lui a donnée aujourd'hui à la Chambre le ministre des Finances. Je ne puis rien y ajouter sinon pour dire qu'il ressort des discussions, tant à Halifax qu'auparavant, que le gouvernement, comme le dit M. Frith, entend effectivement diminuer le taux de croissance prévu. Par taux de croissance projeté, nous devons examiner la période de cinq ans pendant laquelle les dispositions actuelles sont prévues, et qui restent inchangées. Le taux d'augmentation dépassera le taux projeté d'inflation, ainsi que le taux d'augmentation de tous les

[Text]

than the rate of increase of any personal transfers. It will be higher than any other projected increase in government expenditure. So I think in that respect it is line. It also will keep the federal government at approximately the same place in terms of funding—that is percentage of funding of program—as it is presently. So that I think remains in place.

• 1605

There have also been other studies, for instance the Al Johnson report, which you are probably familiar with, Mr. Frith, in terms of how the block funding has been used in given provinces. I will not go through all those figures, but I think you are familiar with those as well.

I can only repeat what the Minister of Finance said and also the details that I have added to it.

Mr. Frith: Let me come back then, because the answers that were given today do not, I believe, reflect the promise that was given. Never mind, I am not going to talk now about the election campaign promises of the summer of 1984. The Finance Minister on budget night of this year indicated that he expected zero savings in the national accounts component for the next two years, and yet we find now that as a result of the decision made by Cabinet since May 23—I suppose indicated by the Minister of Finance and by yourself since that time in your previous meetings with the Ministers of Health for the provinces and with the finance Ministers—that you have broken your commitment that was made on the night of May 23; that you are accelerating the savings that you want in the national accounts component by one year.

I would submit to you, Mr. Chairman, through you to the Minister, that is what has brought the ire of the provinces so much to the forefront. They have indicated that because of that lack of consultation they thought they had a year and half in which they could negotiate with you and with the Minister of Finance an appropriate level of those transfers. They find that now unilaterally you have broken that promise.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I do not accept what Mr. Frith says, though he is repeating what some of the First Ministers said, or at least along very similar lines. Again, I can only repeat what the Minister of Finance said today.

I should also point out that there is a fair bit of confusion on the topic. I am not saying it is at all resident in the mind of Mr. Frith, but it is in the minds of many others who think they know the financing of federal-provincial transfers fairly clearly. And the more I hear them speak, the less clarity I feel they have, because if you take a look at the discussion also at the First Ministers' conference, they also talked about an agreement.

Mr. Frith will know that there is no 'agreement' when you are dealing with EPF. There is no constitutional requirement. That does not say that the federal government should not fulfil obligations which have developed over the years. I have no question about that. But what they are referring to at that stage then is equalization. Equalization is another question.

[Translation]

transferts personnels, il serait plus élevé que toute autre augmentation projetée dans les dépenses du gouvernement ceci est donc bien comme prévu. La contribution du gouvernement fédéral restera approximativement, en pourcentage, au niveau actuel, il n'y aura pas de changement sur ce point.

Les études ont été faites—par exemple le rapport Al Johnson, que vous connaissez probablement, monsieur Frith—sur la façon dont les provinces ont utilisé le financement global. Je ne reviendrais pas sur tous ces chiffres, qui doivent vous être familiers.

Je ne puis que répéter ce qu'a dit le ministre des Finances, avec les détails que j'y ai ajoutés.

M. Frith: Permettez-moi de revenir là-dessus, car les réponses qui nous ont été faites aujourd'hui diffèrent beaucoup des promesses, et je ne parle pas des promesses de la campagne électorale de l'été de 1984. Le soir du budget de 1985, le ministre des Finances a fait savoir qu'il ne prévoyait pas d'économies au cours des deux prochaines années dans les comptes de la nation, mais à la suite de la décision prise par le Cabinet depuis le 23 mai—dont le ministre des Finances a dû parler, ainsi que vous dans vos entretiens avec les ministres de la Santé et les ministres des Finances des provinces—vous vous êtes déliés de la promesse faite le soir du 23 mai en accélérant d'un an la réalisation d'économies dans le budget national.

Monsieur le président, je voudrais dire au ministre que c'est ce qui a tellement attisé la fureur des provinces. N'ayant pas été consultées, elles ont pensé qu'il leur restait un an et demi pour négocier avec vous et avec le ministre des Finances le niveau de ces transferts et constatent maintenant que vous avez unilatéralement rompu votre engagement.

M. Epp (Provencher): Je ne reconnais pas la vérité des assertions de M. Frith, bien que son affirmation rejoigne ce qu'ont dit certains des premiers ministres. Je ne puis que répéter ce qu'a dit aujourd'hui le ministre des Finances.

J'ajouterais que le sujet est assez confus. Certes, ce n'est pas qu'un effet de l'imagination de M. Frith, mais c'est ce que pensent bien d'autres qui croient connaître assez bien la question des transferts du gouvernement fédéral aux provinces. Plus je les entends parler, plus leurs propos me paraissent confus car lors des discussions de la conférence des premiers ministres, ces gens parlaient également d'une entente.

M. Frith sait très bien qu'il n'existe pas d'«entente» quand il s'agit du financement des programmes établis. Il n'existe pas de conditions prévues par la Constitution, ce qui ne signifie pas que des obligations ne se sont pas créées au cours des années pour le gouvernement fédéral. Ce n'est pas là-dessus que nous revenons, mais ce dont on parle à ce stade, c'est de la péréquation, et la péréquation est une autre question.

[Texte]

I noticed as well in the discussion that EPF and equalization, given the moment and given the point of debate, was used almost interchangeably by some premiers, which does not help clarify the matter either. So there was no breaking of commitment nor any breaking "of an agreement".

Again, I reiterate what I said. These programs are based on an understanding between the provinces and the federal government. I should only say one other point, and I hope it does help somewhat to ease the differences that exist on this question. Mr. Frith will possibly also know that at the First Ministers' Conference the question of numbers and what really we were dealing with is to be discussed by the Finance Ministers, and I believe they are meeting December 10 and 11.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Mr. Young, 10 minutes.

Mr. Young: I would like to pursue for a few minutes the question Mr. Frith raised. I think what Mr. Frith said is absolutely right. Whether there is an agreement or not, there were certainly expectations that rested not only with the provinces but with Canadians generally, not only as a result of the statement that was made in the budget, but prior statements also, going back even further than the election campaign itself. I am thinking of a report in *The Citizen* on August 14, 1983, where the Prime Minister had a meeting with the premiers of the Atlantic provinces. I give you this information because I know you will find it informative, Mr. Minister.

• 1610

Mr. Epp (Provencher): July 1 is the exact date.

Mr. Young: You may have a better clipping than I do. I only have the August ones. If you send down the July ones, I will make a comparison between both of them to see if there is a difference.

The Prime Minister was not in the House, I do not believe, but he said that . . .

Mr. Epp (Provencher): He was shortly after.

Mr. Young: He said this in New Glasgow, Nova Scotia, just to keep the record straight, in a place called the Crocodile Room. I do not know whether this has any significance or not.

He said that the Conservative government would restore the original 50:50 split in Medicare costs between the federal and provincial governments, if elected to office. Later on, in the same report of the interview, the reporter had a chat with John Buchanan of Nova Scotia, Jim Lee of Prince Edward Island and a vacationing Richard Hatfield of New Brunswick, who all appeared very pleased with the results of the three-hour meeting with the Central Nova candidate. The report quoted Mr. Buchanan as saying, 'I do not think I needed any promises. I trust Mr. Mulroney. I know what his philosophy is, and I know what his approach to the government is'. He then went on to make some disparaging remarks about the demo-

[Traduction]

J'ai constaté également, au cours des discussions, que certains des premiers ministres utilisaient presque indifféremment le financement des programmes établis et la péréquation, ce qui ne clarifie pas non plus la question. Le gouvernement fédéral ne revient donc pas sur ses engagements et ne renie donc pas «une entente».

Je répète donc, ce que j'ai dit: Ces programmes sont le fruit d'une entente entre les provinces et le gouvernement fédéral. J'ajouterai encore une chose qui, je l'espère, aidera à aplanir quelque peu le différend. M. Frith sait probablement aussi qu'à la conférence des premiers ministres, les ministres des Finances discuteront de chiffres et des questions qui nous intéressent, et je crois qu'ils se réuniront les 10 et 11 décembre.

Le président: Je vous remercie, monsieur le ministre. Monsieur Young, vous avez 10 minutes.

M. Young: Je voudrais revenir quelques instants sur la question soulevée par M. Frith, qui me paraissait avoir absolument raison. Qu'il y ait ou non entente, ce ne sont pas seulement les provinces, mais les Canadiens, d'une façon générale, qui ont des espérances, non seulement à la suite de la déclaration budgétaire, mais à la suite également de déclarations précédentes, remontant même au-delà de la campagne électorale. Je pense en particulier à un article paru dans le *Citizen*, le 14 août 1983, à la suite de la rencontre du Premier ministre avec les premiers ministres des provinces de l'Atlantique. Je pense que vous trouverez cela intéressant, monsieur le Ministre.

M. Epp (Provencher): Il s'agit plutôt du premier juillet, plus exactement.

M. Young: Vous avez sans doute un meilleur service de presse que moi. Je n'ai que les articles du mois d'août. Si vous vouliez bien me faire tenir copie des articles de juillet, je pourrais comparer les deux séries.

Je ne pense pas que le premier ministre ait été à la Chambre, à ce moment-là, mais il a dit que . . .

M. Epp (Provencher): Il est arrivé peu après.

M. Young: Je veux vous donner tous les faits: le premier ministre a fait ces déclarations à New Glasgow, en Nouvelle-Écosse; je ne sais pas si cela a quelque importance, mais il a fait ces déclarations dans la salle du Crocodile.

Il a dit que le gouvernement conservateur, s'il était élu, rétablirait le partage initial des coûts de l'assurance-maladie, entre le gouvernement fédéral et les provinces, soit moitié-moitié. Plus tard, toujours dans le même compte rendu, le journaliste rapporte qu'il a eu un entretien avec John Buchanan de la Nouvelle-Écosse, avec Jim Lee de l'Île-du-Prince-Édouard et avec Richard Hatfield du Nouveau-Brunswick, en congé. Tous semblaient très satisfaits de leur rencontre de trois heures avec le candidat de Central Nova. M. Buchanan aurait même dit, selon l'article, qu'il n'avait pas besoin de promesses, car il avait confiance en M. Mulroney dont il connaissait bien la philosophie et la façon d'aborder l'appareil gouvernemental.

[Text]

cratic socialist nature of the Liberal party and how this government would be so much different.

I want to say to you that, when you read all those things—the July clippings you have, the August clippings I have of 1983, the promises that were made, and I have those also; there were excerpts from the Conservative party's campaign handbook during 1984, plus the statements that were made in the budget—everyone expected the government to live up to those commitments. When you came along later on and decided that you meant something entirely different, it is of little surprise to me that people are upset. They expect the government to do what it promised to do. I mean, whether the Cabinet agrees with it or not, I do not think it is too difficult to appreciate that many of the provinces—as does the federal government, I hope—project financial expenditures over a period of time. When something happens, such as this, to destroy those expectations, it places those provincial governments in a very difficult position.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, there are a number of points, I guess, that Mr. Young and I could debate.

Mr. Redway: Crocodile tears go with a Crocodile Room.

Mr. Epp (Provencher): One could also of course keep in mind that when one's objective is to drain the swamp, that is where you keep on draining.

But I want to say to him that there was at the time a discussion of the 50:50. He will know that when block funding came in in 1977 there were some people who opposed him, primarily in his party. But most provinces—I dare say almost all provinces—prefer the block funding. The block funding has not been an issue of discussion with the exception, as I say, of NDP governments or the NDP here. I do not think that cost-sharing is really the issue that is dominating any discussions between the federal and provincial governments.

Secondly, I say to him—and I am repeating what we said before—the rate of growth he has used and which some of the provinces used was projected over the present five-year period and, if extended, it would be X. The Minister of Finance said—and I said to you today again—this would be faster than the projected rate of inflation, personal transfers or any other increases in the budgetary process.

I would make one or two other points on that. At the present time it would be at \$65 billion. It will go over to \$90 in that next five-year period. That is not a decrease; that is a substantial increase and I cannot read that any other way. We might argue about the phasing in, but it is up. I think the Minister of Finance told you, Mr. Young, today in the House that from \$65 billion to \$90 billion is up, not down.

[Translation]

Il aurait ensuite dénigré la nature social-démocrate du Parti libéral et expliqué à quel point le nouveau gouvernement serait différent.

La lecture de tous ces articles—ceux de juillet et d'août 1983—des promesses qui ont été faites et dont j'ai également copie, des extraits de la plate-forme électorale du Parti conservateur pendant la campagne de 1984, ainsi que des déclarations entourant le budget, est très séduisante: tous s'attendaient à ce que le gouvernement respecte ces engagements. Il est donc tout à fait normal que les Canadiens se soient fâchés, lorsque vous êtes entré en scène plus tard pour expliquer que vos objectifs étaient tout à fait autres. On s'attend toujours à ce que le gouvernement respecte ces promesses. Que le Cabinet soit d'accord ou non, il n'est pas difficile de comprendre que la plupart des provinces—tout comme le gouvernement fédéral, je l'espère—projettent leurs dépenses sur un certain nombre d'années. Or, lorsqu'un événement comme celui dont on parle vient réduire à néant leurs attentes, les gouvernements provinciaux s'en trouvent donc dans une situation très délicate.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, M. Young et moi pourrions débattre longtemps de toutes ces questions.

M. Redway: Il faut bien des larmes de crocodile pour aller avec la salle du Crocodile.

M. Epp (Provencher): N'oublions pas non plus que lorsque l'on se fixe un objectif, c'est la seule façon de l'atteindre.

Je voudrais dire au député que l'on a effectivement discuté du partage à égalité des coûts, à ce moment-là. Il se rappellera que lorsque la notion de financement global a été introduite en 1977, certains députés, en particulier de son parti, s'y sont opposés. Mais la plupart des provinces—sinon toutes—sont favorables au financement global qui n'a jamais été mis en jeu, sauf par les gouvernements néo-démocrates et les Néo-démocrates d'Ottawa. Le partage des coûts n'est pas vraiment l'enjeu dans les discussions qu'a le gouvernement fédéral avec les provinces.

Je sais que je me répète, mais le rythme de croissance que le député a mentionné et que certaines provinces ont utilisé a fait l'objet de projections sur une période de cinq ans, et s'il était encore extrapolé, il pourrait être n'importe quoi. Le ministre des Finances a dit—comme je vous le répète aujourd'hui—que ce rythme serait plus rapide que le rythme projeté de l'inflation, des virements personnels ou de toutes les autres augmentations dans le processus budgétaire.

J'ai une ou deux choses à ajouter. À l'heure qu'il est, cette croissance pourrait atteindre 65 milliards de dollars, et dépasser les 90 milliards au cours des cinq prochaines années. Comment parler de décroissance, alors que la seule façon d'interpréter cela c'est de parler d'une augmentation considérable. Vous n'êtes peut-être pas d'accord avec l'implantation progressive, mais il est impossible de nier que le chiffre n'augmente pas. Je croyais avoir entendu le ministre des Finances vous dire aujourd'hui à la Chambre, monsieur

[Texte]

Mr. Frith: You call it down when we were saying it was up.

Mr. Epp (Provencher): Well, that might be another point. I make another point to you. When you take a look at the first year of our government, we have had growth. We projected x amount of growth in the budget. That growth has been exceeded. I do not hear anybody in the House asking how come our growth projections were wrong, and they were much higher. Nothing has been said about that. Inflation has been staying around 4%; 330,000 new jobs have been created. Let me give you another point. I was in Halifax, as you know. I spoke to the Minister of Social Services. We signed a small agreement, really more an understanding, trying to get people off social welfare who were on that track because if they got part-time work or other work they would lose some of their non-financial benefits for their children—let us say single mothers with dependent children.

In the last three weeks 1,100 people went off welfare in Nova Scotia alone because of that agreement. That also has an effect on the budgets of provinces. Additionally, if you calculate in the changes on the exemption in the last budget, the provinces will also get extra money.

So we can argue here a long time about what money is coming to whom, when and how, but when I look at those figures, keeping in mind the \$65 billion to \$90 billion increase—and I remind you that the provinces have always been very conscious of their jurisdictional requirement and their responsibility in the jurisdictional requirement—I would suggest that the federal government's obligations have been well met.

The Chairman: Mr. Young.

Mr. Young: I am almost hesitant to ask you another question in case I get another long story about how well your government is doing.

Mr. Epp (Provencher): It is always wonderful.

Mr. Young: Well, if the good news is all that great, why is there any need to chop transfer payments to the provinces, especially for post-secondary education and health at a time when the key surely to further economic growth in the country over the next several years will, first of all, be our capability for research and development? Secondly, in a period of high unemployment with attendant social problems and health-related problems, is the federal government choosing those two areas in which we desperately need the additional moneys at the present time to reduce the federal deficit?

[Traduction]

Young, que lorsque l'on passait de 65 à 90 milliards de dollars, cela voulait dire que la croissance était à la hausse, et non pas à la baisse.

M. Frith: C'est vous qui avez parlé de baisse, alors que nous parlions de hausse.

M. Epp (Provencher): Nous étions peut-être en train de parler d'autre chose. Mais en outre, au cours de la première année de notre gouvernement, il y a effectivement eu croissance. Par conséquent, nous avons projeté un rythme de croissance x dans le budget. Or, cette croissance a été dépassée. Personne à la Chambre ne nous demande pourquoi nous nous sommes trompés dans nos prévisions de croissance et pourquoi nous les avons dépassées. On n'en parle même pas. L'inflation s'est maintenue aux environs de 4 p. 100, et 330,000 nouveaux emplois ont été créés. Je peux même ajouter autre chose. Vous savez sans doute que j'étais à Halifax et qu'au cours de mon séjour j'ai rencontré le ministre des Services sociaux pour signer avec lui un petit accord qui n'est au fond qu'une entente; cette entente vise à inciter les gens à ne plus dépendre de l'aide sociale, même s'ils doivent perdre certains des avantages non financiers que le gouvernement accorde à leurs enfants, advenant qu'ils trouvent un emploi à temps partiel, par exemple—comme c'est le cas pour les femmes chefs de famille.

Or, au cours des trois dernières semaines, jusqu'à 1,100 Néo-Ecossais ont décidé de ne plus dépendre de l'aide sociale, grâce à ce seul accord que nous avons signé. Ce phénomène a évidemment des répercussions sur le budget des provinces. En outre, les modifications de l'exemption proposée dans le dernier budget représenteront pour les provinces plus d'argent.

On pourrait discuter à perte de vue de l'origine des subventions, de ceux à qui elles sont destinées et de la façon dont elles sont attribuées; mais si l'on se reporte à l'augmentation de 65 à 90 milliards de dollars, je pense pouvoir prétendre à juste titre que le gouvernement fédéral a respecté ses obligations. Je vous rappelle par la même occasion que les provinces ont toujours été très conscientes des obligations que leur imposait leur compétence juridictionnelle et des responsabilités qui en découlaient.

Le président: Monsieur Young.

M. Young: J'hésite à vous poser une autre question au cas où vous me répondriez par une longue dissertation sur les bienfaits qu'a apportés votre gouvernement.

M. Epp (Provencher): Je vous réponds toujours avec plaisir.

M. Young: Si tout va si bien dans le meilleur des mondes, pourquoi ressentez-vous le besoin de réduire les paiements de transfert aux provinces, surtout dans le domaine de l'éducation post-secondaire et de la santé, à une époque où la clé de voûte de toute croissance économique éventuelle, au cours des prochaines années, ne peut être que notre capacité de recherche et de développement? Deuxièmement, en période de chômage élevé auquel viennent s'ajouter des problèmes sociaux et des problèmes de santé, pourquoi le gouvernement fédéral choisit-il de s'attaquer à ces deux domaines qui ont désespérément besoin de fonds supplémentaires pour réduire le déficit fédéral?

[Text]

Mr. Epp (Provencher): Well, Mr. Chairman, I am glad Mr. Young asked that question because I thought that question might exactly flow. I make the point very clearly to him. He knows the deficit figures; for instance, the extra cost per year to keep that running deficit going. Nothing is jeopardized more by the servicing of the debt than social programs and I will not repeat the numbers I have used before.

I make another point. Mr. Young makes a valid point in saying that we have to sit down with the provinces and take a look at some other areas we should consider, new models, new approaches. What you are arguing is the status quo of the present programs. I am not going to get into the post-secondary education; it is not my field, but block funding takes both the health and post-secondary education. When you take a look at some of the figures and how block funding has been used, especially on post-secondary education, I think it behooves the federal government to look very clearly at whether there should be other funding sources for some of the areas you mentioned, rather than simply through EPF.

The Chairman: A short question, Mr. Young.

Mr. Young: Okay. I want to avoid the use of rhetoric, but this whole argument of the government going to save \$2 billion while at the same time it throws approximately \$2 billion towards bank bail-outs just does not make any sense to the people out there. The rationale does not fit. On the one hand you are reducing the deficit by \$2 billion on social programs; on the other hand you are maintaining the status quo on the deficit by giving \$2 billion to financial institutions. To me, as a member in this place, it does not make sense and it makes a hell of a lot less sense for people who are out there watching this place.

• 1620

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I will not get into the arguments of priorities, but I will get into an argument of reduction. In the discussion from Mr. Young, again he used the argument that we are reducing. We are not reducing. I do not know how many times I can say it, but from \$65 billion to \$90 billion in a 5-year period is up, not down.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. At the risk of incurring the wrath of my government colleagues, I am going to recognize, since they were here sharp at 3.30, both Mr. Frith for five minutes and then Mr. Young for five minutes; then we will proceed to the government side—Mr. Redway, Dr. Marin, and Dr. Kindy.

Mr. Frith: Thank you, Mr. Chairman. There was a CP wire story at noon today in which the Minister of National Health and Welfare is quoted as having said that the federal government plans to introduce legislation to include homemakers in the Canada Pension Plan before the next election. I am in possession of a document . . . I just want to ask the Minister if he is aware that his own counterpart, the Minister of Finance . . . I would like to know the position of the Minister of National Health and Welfare with respect to a number of

[Translation]

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, j'étais sûr que M. Young me poserait cette question. Je tiens donc à m'expliquer très clairement. Le député sait à quoi se chiffre le déficit et sait combien le simple fait de maintenir ce déficit chaque année nous coûte cher. Or, rien n'est plus menacé que les programmes sociaux par les frais afférents au service de la dette; je ne répéterai pas les chiffres que je lui ai déjà donnés.

Autre chose. M. Young a tout à fait raison de dire qu'il nous faut discuter avec les provinces de la possibilité de lancer de nouvelles initiatives et d'adopter de nouveaux modèles dans certains domaines. Vous, vous prônez le statu quo des programmes actuels. Je ne parlerai pas de l'éducation post-secondaire, puisque ce n'est pas mon domaine; mais le financement global touche à la fois la santé et l'éducation post-secondaire. Or, lorsque l'on regarde les chiffres et la façon dont on a recours au financement global, surtout en matière d'éducation post-secondaire, il me semble qu'il revient au gouvernement fédéral de se demander s'il ne pourrait pas y avoir d'autres sources de financement pour certains des domaines que vous avez mentionnés, autres que le simple financement des programmes établis.

Le président: Monsieur Young, soyez bref.

M. Young: Bien. Je ne veux pas faire de rhétorique, mais de prétendre que le gouvernement veut économiser 2 milliards de dollars tandis qu'il consacre quelque 2 autres milliards à sauver des banques n'a aucun sens pour les Canadiens. C'est très difficile à comprendre. D'une part, vous réduisez le déficit en allant chercher 2 milliards de dollars dans les programmes sociaux; d'autre part, vous maintenez le déficit au même niveau en donnant 2 milliards de dollars aux institutions financières. Si à moi, qui suis habitué à ces augustes lieux, cette façon de faire ne semble pas logique, que peuvent alors penser les citoyens qui nous regardent?

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je n'ai pas l'intention de discuter de priorités mais bien de réduction. M. Young a en effet à nouveau déclaré que nous réduisions les budgets. C'est faux. Je ne sais combien de fois il faudra le répéter, mais passer de 65 à 90 milliards de dollars sur une période de cinq ans, c'est augmenter et non pas diminuer le budget.

Le président: Merci, monsieur le Ministre. Au risque d'encourir la colère de mes collègues de la majorité, je vais donner la parole à M. Frith pour cinq minutes puis à M. Young pour cinq minutes également car ils étaient là l'un et l'autre à 3h30 précises, nous passerons ensuite à la majorité: M. Redway, M. Marin et M. Kindy.

M. Frith: Merci, monsieur le président. La Presse canadienne annonçait à midi que le ministre de la Santé nationale et du Bien-Être aurait déclaré que le gouvernement fédéral prévoyait de déposer un projet de loi visant à inclure les personnes au foyer dans le Régime de pensions du Canada avant les prochaines élections. J'ai en ma possession un document et je voudrais simplement demander au ministre ce qu'il pense des autres modifications que son propre collègue, le

[Texte]

other changes that are going to be included in the comprehensive overhaul of the Canada Pension Plan.

To bring ourselves back to the point of entry, the document indicates . . . And this is the disturbing point, because I think from a Liberal standpoint I want to make it perfectly clear, Mr. Minister, that what we are in favour of is a degree of flexible retirement that should be done along the lines that were introduced by the Quebec Pension Plan a year ago, in which they indicated that immediately you could have, actuarially reduced at 5% per annum, a Canada Pension Plan to age 60. Yet the Minister of Finance is indicating that they are balking at these proposals because of the cost implications and are suggesting that it be phased in over a longer period of time—in other words, a five-year period. That is his position on that particular aspect of a flexible retirement age.

Secondly, I just quote from this document, and I have no reasons to disagree with the document's data base. On the improvements to the disability benefits, the Minister knows full well that in five minutes I do not intend to go over it all; I am just going to touch three areas that I have some concern about, and I want to know your feelings on it, Mr. Minister. On the improvements to the disability area, if there is one thing we all agree on as Members of Parliament when we have problems in our constituency, it has to be with those who are trying to attempt to live on the benefits under the Canada Pension Plan disability payments. The data base indicates that 60% of those on CPP disability had incomes below half the average wage and that a full 35% lived in families with incomes below StatsCanada's low-income cut-offs. Yet the Minister of Finance—if you are aware of this, Mr. Minister—is indicating that he is proposing to the provinces a five-year phase-in of appropriate levels to bring the benefit levels for Canada's disabled up to the same level enjoyed by our senior citizens under the OAS. That is a very complicated formula, as you know, and I am not going to get bogged down in those details.

The last question I would like answered by you is on the introduction of a homemakers pension into the Canada Pension Plan, which is what you have indicated is your government's proposal. Frankly, not knowing what the election results are going to be in the Province of Quebec, but clearly with Bourassa's commitment to the inclusion of *les femmes aux foyers*, we now have eliminated two provinces that have the veto power from stopping it.

Mr. Epp (Provencher): [Inaudible—Editor] . . . to live in hope.

Mr. Frith: Now, the question I would like to ask you is this: Are you going to stick by the position of Flora MacDonald, the Minister of Employment and Immigration, which was to retroactively introduce a homemakers pension plan in this country, rather than the proposal made by the Minister of Finance, who in this document is separating out a retroactive proposal from a ten-year phase-in from today? In other words, there are two proposals, and I would like to know your position.

[Traduction]

ministre des Finances, a l'intention d'inclure à la révision générale du Régime de pension du Canada.

Les documents indiquent . . . Et c'est ce qui est inquiétant car pour nous Libéraux, il est très clair que ce que nous préconisons, c'est une certaine souplesse dans le choix de l'âge de la retraite tout comme on l'a fait pour le Régime des rentes du Québec il y a un an. Il s'agit de permettre aux intéressés de bénéficier immédiatement de leur retraite diminuée actuariellement de 5 p. 100 par an jusqu'à l'âge de 60 ans. Or le ministre des Finances semble dire que cela coûterait trop cher et qu'un tel système ne pourrait être mis en oeuvre que plus progressivement, c'est-à-dire sur une période de cinq ans. C'est la position qu'il semble avoir prise sur le choix de l'âge de retraite.

Deuxièmement, à propos des améliorations des prestations d'invalidité, je vais citer le document car je n'ai aucune raison de ne pas accepter les données de base sur lesquelles il se fonde. Que le ministre ne s'inquiète pas, en cinq minutes, je n'aurai pas le temps de tout examiner mais simplement de faire allusion à trois points qui me préoccupent un peu et sur lesquels j'aimerais son avis. S'il y a un chose sur laquelle tous les députés sont d'accord lorsqu'ils ont de problèmes dans leur circonscription, c'est sur les difficultés que rencontrent ceux qui essaient de vivre des prestations d'invalidité auxquelles leur donne droit le Régime de pension du Canada. D'après les données fournies, 60 p. 100 des bénéficiaires de ces prestations avaient des revenus inférieurs à la moyenne salariale et 35 p. 100 appartenaient à des familles dont le revenu était inférieur au seuil des faibles revenus calculé par Statistique Canada. Or vous devez savoir que le ministre des Finances déclare qu'il propose aux provinces une période de cinq ans pour porter le montant des prestations versées aux Canadiens invalides au niveau des prestations que reçoivent aujourd'hui nos citoyens âgés dans le cadre du Régime de sécurité de la vieillesse. Vous savez que la formule est très compliquée et je ne vais pas insister sur les détails.

La dernière question à laquelle j'aimerais que vous me répondiez porte sur l'introduction dans le Régime de pensions du Canada d'une pension pour les personnes au foyer. Très franchement, ne sachant pas ce que seront les résultats des élections au Québec, mais avec Bourassa qui s'est engagé à inclure «les femmes au foyer» dans le Régime des rentes du Québec, voilà deux provinces qui auraient pu exercer un veto là-dessus et qui ne le feront pas.

M. Epp (Provencher): [Inaudible—Éditeur] . . . vivre d'espoir.

M. Frith: Voici donc ma question: allez-vous défendre la position de la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, M^{me} Flora MacDonald, qui proposait d'introduire au Canada un régime rétroactif de pensions pour les personnes au foyer plutôt que celle du ministre des Finances qui, dans ce document, s'éloigne de l'idée de rétroactivité pour envisager une introduction échelonnée sur 10 ans? Autrement dit, il y a deux propositions et j'aimerais savoir celle que vous défendez.

[Text]

The Chairman: The Chair would just observe that this question is probably not quite relevant to our votes today, but I am sure the Minister is very generous in his . . . He can try to answer it if he wishes, but . . .

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I will try to answer, at least to some degree. Mr. Frith is known as having both an interest and expertise in this field. What I would like to do first of all in a general sense is say to him that we are in negotiations with the provinces. He mentioned possible election results in a couple of hours' time in Canada's second most populous province. Depending on those results, we could be into a different situation by midnight today than we are even speaking of now in terms of a homemakers pension.

That being the case, the government stated quite clearly that we were in favour of a homemakers pension and that we would include it in the Canada Pension Plan. There have been some people who have been opposed to it, but surprisingly few. I know the Province of Manitoba was opposed to it for some period of time. There have been some noises they have been making that maybe they are not quite as opposed to it, if for nothing else than for political reasons. There have been some who have been arguing that it should not be done because it should be on an earnings-based plan. I really believe when we look at the proposals we put forward, and you know Mr. Frith, apart from Quebec and the Quebec Pension Plan, of the other nine provinces we need two-thirds of those provinces having two-thirds of the population. So I cannot impose a plan, a wish or even a hope, but we can negotiate, I would hope, toward a better pension process. I think it is the time to do it and, along with the Minister of Finance, I think we have been making good progress as well as the provinces. The provinces have been forthcoming as well.

• 1625

I think where we get into complications is when people look at individual items in and of themselves and look at the cost factors per item and add them up. Then you get a different figure in terms of cost than when you look at a package, and look at the interrelationships between not only the package itself that is survivors versus a Canada Pension Plan versus, for instance, Canada assistance. I mean, there are various implications in terms of costing to the government or the public sector when you look at improvements on a contributory plan. Suffice it to say we are in discussions, we are in negotiations. I cannot project what the outcome will be, but I have said very clearly on behalf of the government on the basis of what we promised in the last election that we would like to see a homemaker pension in place before the next election. I think it was a promise we made in the election campaign and one I would like to fulfil.

Mr. Frith: Just a very short supplementary, Mr. Chairman.

The Chairman: I will come back to you another time in another round, Mr. Frith. Mr. Young, five minutes.

[Translation]

Le président: La présidence se permet de vous faire remarquer que cette question n'est probablement pas pertinente dans le contexte des crédits que nous étudions aujourd'hui mais laissera le ministre répondre s'il le souhaite . . .

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je vais en effet essayer de répondre dans une certaine mesure. On sait que M. Frith s'intéresse à cette question qu'il connaît d'ailleurs bien. Je lui répondrai donc tout d'abord de façon assez générale que nous avons entrepris des négociations avec les provinces. Il a fait allusion aux résultats des élections dans la deuxième province canadienne du point de vue démographique. Selon ces résultats, nous pourrions nous retrouver dans une situation différente ce soir à minuit pour ce qui est de la pension des personnes au foyer.

C'est ainsi que le gouvernement a déclaré très clairement qu'il favorisait l'adoption d'un régime de pensions pour les personnes au foyer et que nous l'inclurions dans le Régime de pensions du Canada. Certains s'y sont opposés mais cela représente très peu de monde. Je sais que le Manitoba s'y est opposé pendant un certain temps. Cette province a ensuite déclaré qu'elle n'y était finalement pas tellement opposée, sinon pour des raisons politiques. Certains ont prétendu qu'il faudrait qu'un tel régime soit établi en fonction des gains. Vous savez, monsieur Frith, qu'en dehors du Québec et du Régime de pensions du Québec, il nous faut deux tiers des neuf autres provinces représentant deux tiers de la population pour mettre en oeuvre nos propositions. Je ne puis donc pas imposer de régime, de vœu ni même d'espoir mais simplement négocier ce qui, j'ose espérer, sera un meilleur régime de pensions. Je crois que c'est le moment de le faire et je dois dire qu'avec le ministre des Finances nous sommes déjà parvenus à des résultats intéressants avec les provinces. Elles ne nous ont pas refusé leur collaboration.

Les choses se compliquent toutefois lorsque l'on considère individuellement certains éléments de l'ensemble et que l'on en évalue les coûts pour ensuite les additionner. Cela donne alors un tableau différent que si vous considérez le tout dans son ensemble et les liens qui existent non seulement entre les éléments de ce tout mais entre ce tout et d'autres choses comme l'assistance publique. Lorsque l'on considère les améliorations à un régime de cotisations, cela a diverses implications financières pour le gouvernement ou le secteur public. Bref, les pourparlers et les négociations sont en cours. Je ne puis vous prédire un résultat mais je crois avoir déjà annoncé très clairement que pour le gouvernement, conformément à ce que nous avons promis durant la dernière campagne électorale, nous souhaiterions qu'un régime de pensions soit offert aux personnes au foyer avant les prochaines élections. C'est une promesse que nous avons faite pendant la campagne et que j'aimerais pouvoir remplir.

M. Frith: Une petite question complémentaire, monsieur le président.

Le président: Je vous redonnerai la parole au prochain tour, monsieur Frith. Monsieur Young, cinq minutes.

[Texte]

Mr. Young: I have a couple of brief questions. The Deputy Prime Minister has a task force that was examining fitness and amateur sport expenditures and also hospital services. One of the items that this task force had before it was taking a look at whether hospital services would be better provided if they were privatized. Did you catch the question?

Mr. Epp (Provencher): I did not catch your first comment. I apologize.

Mr. Young: Okay. Mr. Nielsen has a task force which is looking into hospital services and funding for amateur sports. Hospital services, at least that is the mandate when I read it, that is the one that is chaired by this chap from *Extendicare* in Ontario.

Mr. Epp (Provencher): Excuse me for interrupting. That is why you see that quizzical look on my face. It is not hospitals only, Mr. Young, it is health programs relating to the department. I just do not want you to . . .

Mr. Young: Okay. Hospitals are included in the mandate though, because I read the mandate.

Anyway, the upshot of the thing was it was supposed to report to Mr. Nielsen last Friday. Could you tell us whether that report has been submitted to Mr. Nielsen or not?

Mr. Epp (Provencher): That ministerial task force, Mr. Young, reports directly to Mr. Nielsen. I have as yet not seen a copy of the report, if in fact it has been submitted.

Mr. Young: Okay. I will ask Mr. Nielsen then. On another question, under the research grants to the John P. Robarts Research Institute, would they have any responsibility for looking into the contraceptive drug that I asked you a question about the other day, Depo-Provera? And if they are, would that be the institute that women's groups and other concerned Canadians would approach to have a chat to them about the safety of that drug, or whether they can have any input into the whole process before it is finally approved or disapproved or whatever happens to it?

Mr. Epp (Provencher): I will ask Dr. Liston to add any points if I am not complete, Mr. Young, but the John P. Robarts Institute was in existence in London, Ontario. By that, I mean its committee, its planning committee and so forth. The amount of money, the \$2 million is to go into an endowment fund, not for mortar and bricks; it is supposed to go for ongoing research at the institute, primarily in three areas, Mr. Young: aging of the brain; dementia; and Alzheimer's disease. So it has nothing to do with health protection branch and the regulatory process of either drugs or food testing.

Just on Depo-Provera, if I might, the questions that I was asked—and I say this with all sincerity—there is a regulatory process. As Minister, I am very careful not to interfere in the regulatory process. I think it is important that I do not because on the next issue it could fall just the other way. I can say quite openly I have not had a report; I have not had a recommendation; I have not had a proposed decision. I have had none of the above.

[Traduction]

M. Young: Je serai bref. Le vice-premier ministre a fait étudier par son comité spécial les dépenses aux titres de la condition physique et du sport amateur ainsi qu'au titre des services hospitaliers. Ce groupe a notamment été appelé à juger si les services hospitaliers seraient meilleurs si on les privatisait. Avez-vous compris la question?

M. Epp (Provencher): Je n'ai pas compris votre première observation. Excusez-moi.

M. Young: Bien. M. Nielsen a chargé un comité spécial d'examiner la question des services hospitaliers et du financement du sport amateur. Du moins c'est, je crois, le mandat du Comité présidé par la personne d'*Extendicare* en Ontario.

M. Epp (Provencher): Pardonnez-moi de vous interrompre. Si j'ai l'air un peu perplexe c'est parce qu'il ne s'agit pas simplement des hôpitaux mais de tous les programmes de santé administrés par le ministère. Je ne voudrais pas que vous . . .

M. Young: Bien. Les hôpitaux sont néanmoins un sujet qui doit être étudié par ce comité dont j'ai lu le mandat.

En tout cas, ce comité devait faire rapport à M. Nielsen vendredi dernier. Pourriez-vous nous dire si le rapport a en effet été soumis à M. Nielsen ou non?

M. Epp (Provencher): Monsieur Young, ce comité ministériel spécial relève directement de M. Nielsen. Je n'ai pas encore vu de rapport, s'il en a été soumis un.

M. Young: D'accord. Je demanderai alors à M. Nielsen. Maintenant, à propos des subventions de recherche à l'Institut de recherches John P. Robarts, cet institut est-il chargé d'examiner le produit contraceptif *Depo-Provera* dont je vous parlais l'autre jour? Dans l'affirmative, est-ce l'institut que devraient contacter les groupes féminins et d'autres Canadiens intéressés pour se renseigner sur la sécurité de ce produit ou pour participer à tout ce processus avant que le produit soit finalement approuvé, rejeté ou qu'il arrive autre chose?

M. Epp (Provencher): Je demanderai à M. Liston de compléter éventuellement ce que je vais dire mais l'Institut John P. Robarts était à London en Ontario. Je veux dire son comité, son comité de planification, etc. La somme de 2 millions de dollars doit être versée à une fondation et ne doit pas servir à des travaux de construction; cet argent doit être utilisé à la recherche effectuée par cet institut, essentiellement dans trois domaines: le vieillissement du cerveau; la démence et la maladie d'Alzheimer. Cela n'a donc rien à voir avec la Direction de la protection de la santé ni avec le processus de réglementation touchant les produits pharmaceutiques ou les aliments.

A propos de *Depo-Provera*, je puis simplement vous répondre, et je le fais en toute sincérité, qu'il faut suivre la réglementation. Je dois faire très attention à ne pas m'ingérer dans la réglementation. C'est important car les choses pourraient se passer tout à fait différemment la prochaine fois. Je puis vous dire toutefois que je n'ai pas reçu le rapport; que je n'ai reçu aucune recommandation et qu'aucun décision n'a été proposée. Rien du tout.

[Text]

• 1630

Now, you ask me, as have other women's groups, and legitimately so, if you could have input. They ask for public hearings, and Dr. Liston, who as ADM heads the Health Protection Branch, has indicated—I am now speaking from a regulator's point of view, not from a Minister's point of view—that they would be willing to hear the submissions as part of the information base they need. I do not know, Dr. Liston, if you would like to add more, but that is the state of the art. I want to be quite clear as to the position I have taken and why.

Mr. Young: Okay. Let me ask you . . . I think my time is up.

The Chairman: You may ask one short question.

Mr. Young: You clearly indicated that in the House last week also when I asked you the question. What you did not spell out—and I have not seen anything from your department that does spell it out—is just exactly how those groups go about having input. Are they invited; do they sent letters; do they phone you?

Mr. Epp (Provencher): That is a regulatory process. I will ask Dr. Liston to answer.

Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. We regularly put out information letters, which are available to all interested groups, in which we might ask for comment. We might solicit advice, comments, concerns, so that we have a mechanism for communicating what the Health Protection Branch might be undertaking in a regulatory sense, and we offer an opportunity to any of the concerned groups or advocacy groups to communicate with us.

However, it is somewhat premature because, quite frankly, I have not seen any reports either yet with respect to Depo-Provera. It is quite conceivable that we would use that sort of mechanism as a possible way of inviting or soliciting comments. When we become aware that there is concern about a product which we are examining, we normally find ways to try to obtain that comment, so we are looking at what options we have for trying to obtain comments from interested groups.

The Chairman: Thank you, Mr. Young. Mr. Redway, 10 minutes for you and/or your colleagues. Then we will go back to Mr. Frith.

Mr. Redway: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to turn attention to the supplementary estimates themselves and to inquire of the Minister and/or his officials why it was impossible to include each of the items shown here in the main estimates in the first place, why they were not anticipated at that time and why they are necessary now rather than waiting until the main estimates next year.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, I can answer some of that, and maybe Mr. Lyngseth would like to answer the

[Translation]

Maintenant, vous me demandez, comme l'ont fait certains groupes féminins, tout à fait légitimement, si vous pouvez intervenir. On demande des audiences publiques et M. Liston qui, à titre de sous-ministre adjoint, dirige la Direction générale de la protection de la santé a déclaré—et je me place là du point de vue de la réglementation et non pas du point de vue ministériel—que ce genre d'intervention pourrait faire partie de la base d'information nécessaire. Je ne sais pas si vous voulez ajouter quelque chose, docteur, mais c'est là où nous en sommes. Il faut que l'on comprenne bien ma position et pourquoi j'ai dû la prendre.

M. Young: D'accord. Permettez-moi de vous demander . . . Je crois que je n'ai plus beaucoup de temps.

Le président: Vous pouvez encore poser une petite question.

M. Young: Vous l'avez indiqué très nettement à la Chambre la semaine dernière lorsque je vous ai posé la question. Ce que vous n'avez toutefois pas précisé—et je n'ai rien vu de votre ministère qui le précise—c'est comment ces groupes peuvent intervenir. Sont-ils invités? Doivent-ils envoyer des lettres? Vous téléphoner?

M. Epp (Provencher): C'est une question de réglementation et je demanderai à M. Liston de répondre.

M. A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président. Nous publions régulièrement des circulaires d'information qui sont à la disposition de tous les groupes intéressés. Il nous arrive de solliciter alors des commentaires. Nous demandons que l'on nous présente des avis, des commentaires, des questions et c'est pour nous un mécanisme de communication entre la Direction générale de la protection de la santé et la population quant à ce que nous entreprenons en matière de réglementation.

Toutefois, dans ce cas, ce serait un peu prématuré car je n'ai encore vu aucun rapport non plus à propos de Depo-Provera. Il est très possible que nous ayons recours à ce genre de mécanisme pour inviter les groupes intéressés à nous donner leur avis. Lorsque nous nous rendons compte que l'on s'intéresse à un produit que nous examinons, nous trouvons habituellement des moyens nous permettant d'obtenir ces avis et nous choisissons entre les diverses options à notre disposition pour solliciter les commentaires des groupes intéressés.

Le président: Merci, monsieur Young. Monsieur Redway, dix minutes pour vous et vos collègues. Nous reviendrons ensuite à M. Frith.

M. Redway: Merci, monsieur le président.

J'aimerais que l'on se penche sur le budget supplémentaire lui-même et je demanderai à ce propos au ministre et à ses collaborateurs pourquoi il n'avait pas été possible d'inclure chacun de ces postes dans le budget principal, pourquoi ces dépenses n'avaient pas été prévues à ce moment-là et pourquoi il est nécessaire de les faire approuver maintenant plutôt que d'attendre le budget principal de l'an prochain.

M. Epp (Provencher): Monsieur le président, je puis en partie répondre et je demanderais à M. Lyngseth de compléter.

[Texte]

rest. I will give you the political answers and Mr. Lyngseth will give you the technical answers, if that is acceptable to you, Mr. Redway.

There are decisions taken by government to spend money in certain areas which were not included in the main estimates. Keep in mind that the main estimates, for instance, for 1985-86 were prepared well in advance in 1984.

Mr. Redway: Can you confirm for us that date in 1984 when they were finalized?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Lyngseth, when did we finalize it, generally in December of the year before?

Mr. D.M. Lyngseth (Assistant Deputy Minister, Corporate Management Branch, Department of National Health and Welfare): Yes.

Mr. Epp (Provencher): As a general rule, Mr. Redway, if that is helpful.

Mr. Redway: Yes, thank you.

Mr. Epp (Provencher): So during the course of that fiscal year, obviously decisions can be taken while outside of any estimates or projected cost factors, such as the Steven Fonyo Fund, for example, or the John P. Robarts Institute or, for that matter, the Red Cross. All those were decisions taken by government in that these were programs or projects that were worth while and that directly addressed an issue; for instance, laboratory space, that we needed laboratory requirements. It was somewhat heightened as well by the need for greater blood testing, the AIDS question. So that is how decisions were taken outside of the estimates.

• 1635

The other point I would make that we cannot estimate, Mr. Redway, is the largest single amount. That is the operating expenditures under the Medical Services Program, which is a cost factor on the basis of actual expenditures submitted. That gives it to you in general terms. Mr. Lyngseth or, because I mentioned medical services, Mr. Nicholson might have further additional comments if you care to have them.

Mr. Redway: I would be pleased to hear from Mr. Lyngseth.

Mr. Lyngseth: I do not know whether I can add much to what the Minister has said.

Mr. Redway: I take it that the Canadian Cancer Society item is the Steve Fonyo amount and that just occurred as a result of the run. When did Mr. Fonyo start his run? Could you not have anticipated that you might have had to reward him?

Mr. Epp (Provencher): That is very difficult. We had one earlier experience and that was the Terry Fox experience. I think it is much better to have government sensitive to issues that are happening in society or happening in the country and respond in that way.

[Traduction]

Je vais me charger des réponses politiques et il se chargera des éléments techniques, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Il arrive que le gouvernement décide d'autoriser dans certains domaines des dépenses qui n'avaient pas été incluses dans le budget principal. N'oubliez pas que le budget principal pour 1985-1986 avait été préparé bien à l'avance en 1984.

M. Redway: Pourriez-vous nous préciser la date à laquelle il avait été finalisé en 1984?

M. Epp (Provencher): Monsieur Lyngseth, quand l'avons-nous finalisé? C'est en général au mois de décembre de l'année précédente.

M. D.M. Lyngseth (sous-ministre adjoint, Direction générale de la gestion ministérielle, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Oui.

M. Epp (Provencher): De façon générale, c'est ainsi que cela se passe, monsieur Redway.

M. Redway: Merci.

M. Epp (Provencher): Donc au cours de cette année financière, il est évident que l'on peut prendre des décisions qui impliquent des dépenses non prévues au budget principal comme dans le cas du fond Steven Fonyo ou de l'Institut John P. Robarts ou même de la Croix-Rouge. Ce sont toutes des décisions qui ont été prises par le gouvernement car il s'agit de programmes ou de projets qui sont apparus utiles et qui visaient un objectif précis; par exemple, des laboratoires dont nous avons besoin. Ce besoin s'est fait davantage sentir lorsqu'il a fallu multiplier les analyses de sang à cause du SIDA. C'est ainsi que certaines dépenses non prévues au budget sont décidées.

Je voudrais également attirer votre attention, monsieur Redway, sur la somme la plus importante qui échappe à notre évaluation. Il s'agit des dépenses de fonctionnement du Programme des services médicaux, basées sur les dépenses effectivement engagées. La somme est ici évaluée de façon générale, mais M. Lyngseth ou, puisqu'il s'agit des services médicaux, M. Nicholson pourront peut-être, si vous le voulez, vous donner des renseignements complémentaires.

M. Redway: J'aimerais entendre M. Lyngseth.

M. Lyngseth: Je ne crois pas avoir à ajouter à ce qu'a dit le ministre.

M. Redway: Vous dites donc que la subvention à la Société canadienne du cancer ira au Fonds Steve Fonyo, comme contribution à la marche de ce dernier. Quand M. Fonyo a-t-il entrepris cette marche? Ne pouviez-vous prévoir que vous auriez à le récompenser?

M. Epp (Provencher): C'est bien difficile, nous avons eu une expérience antérieure, celle avec Terry Fox, mais je pense que le gouvernement doit rester à l'écoute d'événements qui sensibilisent la société ou qui se déroulent dans le pays pour pouvoir y réagir de cette façon.

[Text]

Mr. Redway: I agree with you, but I just wondered why... It seems to me Mr. Fonyo started his run quite early, maybe even before you prepared your original estimates, and you could have included that in the first place.

Mr. Epp (Provencher): Theoretically I guess that is possible, but we are wise after the fact. Mr. Fonyo might not have crossed the country; he might have decided not to continue.

Mr. Redway: You might have given it to him anyway.

Mr. Epp (Provencher): I guess that is 20-20 hindsight.

Mr. Redway: I appreciate that, but we have had over 120 years' experience at budgeting in this country and it seems to me we should be able to anticipate some of these things by now, frankly.

Mr. Epp (Provencher): With all respect, Mr. Redway, if that is what you are asking me then you are also saying to governments that in a given year they should not make any political decisions of the moment.

Mr. Redway: I am saying, Mr. Minister, that municipalities, for instance, set a budget for a year and they do not have the privilege of overspending and they do not have the privilege of issuing supplementary estimates or additional budgetary figures. They make sure that they have something built into their original budget estimates, and they also make sure that if it is not enough they spend it in the next year and not in the current year.

Maybe you can tell me about the Red Cross Society now.

Mr. Epp (Provencher): The Red Cross Society is getting two tranches of \$5 million each for laboratory space which will be associated with their new national headquarters which has been started on Alta Vista Drive. It was started on September 30, 1985, and is expected to be completed in April 1987. The first amount was given to them on November 5, 1985.

Mr. Redway: When was the planning done for the Red Cross move, though? That has been a long-time planning process, has it not?

Mr. Epp (Provencher): There was a long-time planning. It was one of the first dossiers I received on my desk when I received the responsibility for the department from the Prime Minister. It was a matter that had been discussed with the previous government but had not been concluded, and by the time it was decided in a positive manner the estimates had been completed.

The other point I should make is that there is a Canadian Blood Committee, which is a committee which has representation from the provinces, the territories and the federal government. The Blood Committee had been making representations and had not had full provincial agreement subject to discussion with the federal government and what the federal government response might be. It was on the basis of those

[Translation]

M. Redway: Je suis d'accord avec vous, mais je me demandais pourquoi... Je crois me rappeler que M. Fonyo a commencé son marathon il y a longtemps déjà, avant même que vous n'ayez préparé le budget original, et vous auriez pu y prévoir ce poste.

M. Epp (Provencher): Peut-être est-ce vrai en théorie, mais avec le recul on sait toujours ce qu'on aurait dû faire. M. Fonyo aurait pu renoncer, il aurait pu ne pas terminer sa marche.

M. Redway: Même alors, vous auriez pu lui donner cette somme.

M. Epp (Provencher): Là, c'est vraiment un exercice hypothétique.

M. Redway: Je comprends bien, mais nous avons eu, dans ce pays, plus de 120 ans d'expérience du budget et franchement, nous devrions pouvoir prévoir certains de ces postes.

M. Epp (Provencher): Si c'est vraiment ce que vous me demandez, monsieur Redway, cela signifie également que les gouvernements, dans une année donnée, ne devraient prendre aucune décision politique.

M. Redway: Je vous fais simplement remarquer, monsieur le Ministre, que les municipalités, par exemple, une fois prévu leur budget, ne peuvent plus le dépasser ni établir un budget supplémentaire ou engager d'autres dépenses. Elles ont donc dans leur budget une réserve pour les imprévus, et si cette réserve est insuffisante, les dépenses sont imputées à l'année suivante, et non à l'année actuelle.

Est-ce que vous pouvez me parler maintenant du poste relatif à la Croix-Rouge?

M. Epp (Provencher): La Société canadienne de la Croix-Rouge reçoit deux tranches de 5 millions de dollars chacune en vue de la construction de laboratoires au nouveau siège national de la société, à Alta Vista Drive, qui vient d'être mis en chantier. Les travaux de construction ont commencé le 30 septembre 1985 et seront terminés en avril 1987, et la première tranche a été versée le 5 novembre 1985.

M. Redway: Mais quand est-ce que la planification a été faite? Il y a déjà longtemps, n'est-ce pas?

M. Epp (Provencher): Il y a en effet longtemps que la planification a commencé. En fait, c'est l'un des premiers dossiers que j'ai trouvé lorsque le Premier ministre m'a nommé à ce poste. La question avait été discutée avec le gouvernement précédent, mais n'avait pas été finalisée et lorsque l'approbation définitive a été donnée, le budget était prêt.

Je voulais également vous signaler qu'il existe un Comité canadien du sang, comité au sein duquel les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral sont représentés. Ce comité avait fait des démarches et n'avait pas obtenu l'accord de toutes les provinces sous réserve de discussion avec le gouvernement fédéral et de la réaction éventuelle de celui-ci. C'est à la suite de ces négociations et lorsque l'on est parvenu à

[Texte]

negotiations and I guess these composite parts being brought together that the amount was authorized by government and then put into the supplementaries.

Mr. Redway: Can you help me with the Robarts Institute then? What about it?

Mr. Epp (Provencher): The Robarts Institute in London, Ontario is one that has been established and named after a former premier of the Province of Ontario. As you know, Mr. Robarts in his last years had suffered a stroke and became very interested in the effects of that illness on people, especially older people.

• 1640

That is why I mentioned the three areas the Robarts Institute is going to be involved in: the aging population, Alzheimer's disease, which I think all of us know is an increasing component in that age group and one that we need further research on . . . A decision was made by the government to give a \$2 million endowment fund to have an ongoing amount of money for people who would be involved in that kind of research. That decision was taken, if you want a very exact date, very close to political events. Also, they were taking place in Ontario at a certain time.

Mr. Redway: I will pass to my colleagues, Mr. Chairman, but I would just like to make the point here that I would like to see a little better budgeting on the part of departments. I do not direct that at the Minister, but at his staff. Quite frankly, I think we have a long way yet to go in the budgeting of this nation, and I think we should be starting to address that right now.

Mr. Epp (Provencher): I do not argue with the statement as it stands, but I have to point out from the department's point of view . . . and I have shown the figures the department is authorized to spend. The supplementary estimates before us are less than one-fifth of 1% of the total expenditures of the department.

Mr. Redway: That may be, but it is still additional funding that is being spent here.

M. Marin: Monsieur le président, j'aimerais d'abord faire un commentaire. Les députés d'arrière-ban ont de multiples privilèges et pouvoirs, mais ils n'ont pas encore celui de l'ubiquité. Je m'excuse donc de notre retard étant donné que nous siégeons à la Chambre.

Monsieur le ministre, dans vos projets d'immobilisation qui figurent au numéro 3 de la page 2, les investissements que l'on fait à Winnipeg et à Vancouver sont-ils la continuation d'un plan ou le début d'un plan national de construction de laboratoires?

Mr. Epp (Provencher): Dr. Marin, are you speaking about the Building Maintenance Program or the capital expenditures?

Mr. Marin: Page 2.

Mr. Epp (Provencher): First of all, Dr. Marin, there is a national plan for building maintenance as well as for decisions the government has taken in international commitments—acid

[Traduction]

une entente entre les éléments disparates que la somme a été autorisée par le gouvernement et inscrite au Budget des dépenses supplémentaire.

M. Redway: Et qu'en est-il du *John P. Robarts Research Institute*?

M. Epp (Provencher): Cet institut, établi à London (Ontario) a été nommé d'après un ancien premier ministre de la province. Dans ses dernières années, M. Robarts avait eu une attaque d'apoplexie et s'intéressait vivement aux répercussions de cette maladie, en particulier sur les personnes âgées.

C'est pourquoi j'ai mentionné les trois domaines de recherche de l'Institut Robarts: la population âgée, la maladie d'Alzheimer, qui semble gagner du terrain dans la population âgée et sur laquelle nos connaissances sont encore lacunaires . . . Le gouvernement a décidé de verser un fonds de dotation de 2 millions pour constituer une base pour les personnes qui s'engageront dans ce genre de recherche. Cette décision a été prise en Ontario, à un certain moment, la date précise étant fort proche de certains événements politiques.

M. Redway: Je vais laisser parler mes collègues, monsieur le président, mais je voudrais simplement dire que les ministères devraient mieux préparer leur budget. Ce n'est pas au ministre que j'adresse cette remarque, mais à son personnel. Franchement, nous avons de gros progrès à faire et nous devrions nous y mettre sans tarder.

M. Epp (Provencher): Je ne nie pas la vérité de ce que vous dites, mais en ce qui concerne le ministère . . . j'ai montré quelles sont les sommes que le ministère est autorisé à dépenser. Le Budget des dépenses supplémentaire représente moins d'un cinquième de 1 p. 100 des dépenses totales du ministère.

M. Redway: C'est bien possible, mais il s'agit toujours encore de financement supplémentaire.

Mr. Marin: I would like to make an observation, Mr. Chairman. I apologize for being late, but the House was sitting, and in spite of their many privileges and powers, backbenchers cannot be everywhere.

In the capital expenditures mentioned under number 3, page 2, will the investments in Winnipeg and Vancouver be part of an existing plan or the start of a national plan of new laboratories?

M. Epp (Provencher): Est-ce que vous parlez du Programme d'entretien des immeubles ou des dépenses d'immobilisations?

M. Marin: C'est à la page 2.

M. Epp (Provencher): Tout d'abord, docteur Marin, il existe un plan national d'entretien des immeubles et il existe également d'autres engagements internationaux du gouverne-

[Text]

rain; I will go through that—as well as lab space needed, and as we phase that in at various stages.

The Building Maintenance Program is to renovate and upgrade branch laboratory facilities for health and safety testing programs, \$1.689 million. The Long Range Transport of Air Pollutants is to continue the long-term study of acid rain: the analysis of data and the scientific and monitoring program, \$1.3 million. Then the national biotechnology strategy is to provide resources and support the costs of activities in the development of a national biotechnology strategy, \$413,000.

About capital expenditures . . . because that is a total of \$7 million-plus . . . regional headquarters, Central Region in Winnipeg, \$450,000 for the purposes of consultants' fees. I should say to you as well, sir, that this plan had been in place before we took over government. There have been some changes in Winnipeg in some expenditures that were made for land.

Then the regional headquarters, Western region, in Vancouver, is a net amount of \$3.556 million, to provide for construction costs of a new laboratory office facility to house the western regional headquarters of HPB. The reason why it is in this supplementary is to provide for an earlier start date than originally planned, at an accelerated construction pace.

• 1645

If you want more details on the labs themselves, and their purposes, then Dr. Liston or Mr. Lyngseth could give you that detail as well.

The Chairman: Dr. Marin, I will come back to you again. You have more than completed the time allocated to Mr. Redway.

Mr. Frith, five minutes; then Mr. Young, five minutes; and then back to Dr. Marin.

Mr. Epp (Provencher): Excuse me, Dr. Marin, if you were asking about retail headquarters, if that was the question, then I missed the purport of your question. There is one in the Quebec region. There is a regional input.

Mr. Marin: I just wanted to know if it is to further the national plan.

Mr. Epp (Provencher): Yes.

The Chairman: Mr. Frith, five minutes.

Mr. Frith: Thank you, Mr. Chairman.

I appreciate the Minister's asking these questions because, frankly, they were not in the supplementary estimates under a particular vote.

I would like a general commitment from the Minister because, clearly in this debate, as he knows, the Minister of Finance is responsible ultimately for the changes to the

[Translation]

ment, sur les pluies acides, par exemple; je vais revenir là-dessus ainsi que sur les nouveaux laboratoires dont nous avons besoin et sur les différentes étapes envisagées.

Le Programme d'entretien des immeubles consiste à rénover et à moderniser les installations de laboratoires pour les tests de santé et de sécurité, et les crédits qui lui sont affectés s'élèvent à 1.689 millions de dollars. Le programme de Transport à grande distance des polluants atmosphérique est un prolongement de l'étude sur les pluies acides, à savoir l'analyse des données et le programme scientifique et de surveillance, auquel est affectée une somme de 1.3 millions de dollars. Il y a également un programme national de biotechnologie et 413,000\$ sont affectés à ce programme pour la mise au point d'une stratégie nationale de biotechnologie.

En ce qui concerne les immobilisations . . . qui représentent un total d'un peu plus de 7 millions de dollars . . . les sièges régionaux de Winnipeg reçoivent 450,000\$ pour honoraires de consultants. Je vous ferais remarquer, monsieur, que ce plan existait déjà lorsque nous sommes arrivés au pouvoir. Il y a eu quelques changements dans les dépenses consacrées à l'achat de terrains à Winnipeg.

Une somme de 3.556 millions de dollars est affectée au siège régional de la région ouest, à Vancouver, pour y construire de nouveaux laboratoires pour le siège central de la région ouest du Programme de protection sanitaire. Si cette somme figure au Budget des dépenses supplémentaires, c'est pour permettre une mise en chantier anticipée et hâter ainsi la construction de ces laboratoires.

Si vous désirez davantage de détails sur les laboratoires mêmes, et leur raison d'être, le Dr Liston ou M. Lyngseth pourront vous répondre.

Le président: Monsieur Marin, je vous redonnerai la parole plus tard. Vous avez plus qu'utilisé le temps de parole de M. Redway.

Monsieur Frith, vous avez cinq minutes; il y aura ensuite M. Young, avec cinq minutes; et puis ce sera de nouveau le tour du Dr Marin.

M. Epp (Provencher): Pardonnez-moi, Dr Marin, si votre question portait sur les centres régionaux, je l'ai mal comprise. Il y en a un dans la région du Québec. Il y a donc participation au niveau régional.

M. Marin: Je voulais simplement savoir si c'était en sus du plan national.

M. Epp (Provencher): Oui.

Le président: Monsieur Frith, cinq minutes.

M. Frith: Merci, monsieur le président.

Je suis heureux que le ministre pose ces questions car il faut bien dire qu'elles ne figurent pas dans le Budget des dépenses supplémentaires sous un crédit particulier.

J'aimerais que le ministre prenne un engagement général car il est évident que dans cette question, comme il le sait aussi, c'est le ministre des Finances qui est responsable en fin de

[Texte]

Canada-Quebec Pension Plan, and he is sort of the lead Minister doing the negotiations with the provinces.

Perhaps I could solicit from the Minister of National Health and Welfare his viewpoints as to whether or not he agrees with the general philosophy that seems to be inherent in the Department of Finance's approach to this. In a number of areas in which our all-party task force had an agreement of immediately tackling the problem, there seems to be a tendency in the Department of Finance to phase these things in over five years. For instance, let us take disability as an example.

I would hope that the Minister of National Health and Welfare would agree with me, that in an area in which our constituents have a major problem . . . I do not think there is one Canadian who testified before us, who wants to alleviate that problem overnight. Yet the Minister of Finance wants to nickel and dime the thing by phasing it in over five years at very minimal difference in the incremental cost to the plan.

In addition, he points out, should we wait again for that task force—that is, report to the Minister concerning disability. We were waiting for that when Monique Bégin was the Minister of National Health and Welfare three years ago. This whole idea of improvements to the disability payments under the CPP has been around for a long time.

I am just indicating to the Minister that there is a thread of philosophy through the Department of Finance's documents that indicates a reticence to proceed immediately in those areas in which we know there are flagrant problems in the system. Perhaps the Minister could comment on that difference in philosophy, because this is going to be an area in which I think the Minister of National Health and Welfare is going to have to take the battle to the Minister of Finance.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Frith, I am trying to be as frank as I can be in light of negotiations. I have done some negotiations, in former incarnations, as a teacher. You do not put your cards on the table until you have to use them.

I would suggest to you on that report—I know the one you are speaking about; I do not deny its existence at all. It reflects, for instance, discussions the Department of Finance had with the provincial finance ministers. The Minister of Finance and I have not been at loggerheads regarding the issues we want to have in the Canada Pension Plan, and the Prime Minister has given us some very clear direction.

I am absolutely convinced, as you were as chairman of the task force, that if we do not have Canadians today—young Canadians, 20-year-olds—contributing to their post-retirement income, if they rely primarily on OAS-GIS, we are going to have those people at the poverty line, no matter where we set that poverty line. By definition, they will be approximately there. We know that. Mr. Young knows that as well.

So I really do not think that is quite the state of the art in terms of the negotiations. However, I point out and take this

[Traduction]

compte des modifications au régime de pension Canada-Québec et c'est lui qui mène les négociations avec les provinces.

Je voudrais savoir si le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social accepte ou non le principe philosophique qui semble soutenir l'approche du ministère des Finances. Lorsque dans certains cas, notre groupe de travail omnipartite avait convenu qu'il fallait s'attaquer immédiatement au problème, le ministère des Finances semblait préférer une solution progressive introduite sur une période de cinq ans. Prenons l'exemple de l'invalidité.

J'espère que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sera d'accord avec moi pour dire que dans un domaine qui pose un grand problème pour la population . . . Je crois qu'aucun des Canadiens qui ont comparu devant le Comité aient demandé une solution instantanée au problème. Mais le ministre des Finances semble vouloir avancer à tout petit pas, sur cinq ans, avec des accroissements infimes au coût du régime.

En outre, il se demande si nous devrions attendre le rapport du groupe de travail sur l'invalidité. Nous l'attendions déjà à l'époque où Monique Bégin était ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, il y a trois ans. Cela fait déjà longtemps que l'on parle d'améliorer la rente d'invalidité versée par le régime de pension du Canada.

Je voulais simplement signaler au ministre que les documents du ministère des Finances semblent révéler une certaine réticence à agir rapidement dans des domaines qui posent pourtant des problèmes flagrants. J'aimerais que le ministre nous dise ce qu'il pense de cette différence philosophique, car je pense qu'il devra défendre la question devant le ministre des Finances.

M. Epp (Provencher): Monsieur Frith, je serai aussi franc que possible, compte tenu des restrictions qu'imposent les négociations. J'ai eu à mener des négociations, dans mes expériences professionnelles passées, en tant qu'enseignant. Il ne faut pas trop tôt jouer carte sur table.

Je sais de quel rapport vous voulez parler; je ne nie pas son existence. Il reflète, par exemple, certaines discussions qu'ont eues les représentants du ministère des Finances avec les ministères provinciaux. Il n'y a pas de querelle entre le ministre des Finances et moi-même à propos de ce que nous voulons inclure dans le régime de pension du Canada, et le Premier ministre nous a donné des instructions très claires.

Je suis parfaitement convaincu, comme vous, en tant que président du Groupe de travail, que si les Canadiens, les jeunes Canadiens à partir de 20 ans, ne contribuent pas dès aujourd'hui à un régime de rente à la retraite, s'ils comptent principalement sur l'assurance vieillesse et le supplément de revenu garanti, ils seront toujours au seuil de la pauvreté, quel qu'ils soient, par définition. Nous le savons, et M. Young le sait également.

Je ne pense donc pas que ce soit le point principal des négociations. Toutefois, je voudrais vous faire remarquer,

[Text]

opportunity—for instance, today, we met with the Canadian Federation of Business and Professional Womens' Clubs. I made the point with respect to the homemakers, that I hoped before this mandate ends, we would have that all in place.

I understand that the media is running that we will have legislation. I use the word 'hope' because of the two-thirds formula requirement which I face every day, and that is why there are negotiations. But I can say to him that I think it is an opportune time. His task force and others set the stage for us to move.

The provinces want increases on the contribution rates. There are three ways we can go: one, we can raise the contribution rates; two, we can keep the status quo; three, start repaying. When you look at the options, they become very interesting, but I do think the best approach is to have a melding of some gradual increases on contribution rates and at the same time, concomitant benefit improvements. I think it is the opportune time, and that is the approach I have taken. I cannot be more specific.

• 1650

Mr. Frith: I understand, Mr. Minister. It is just that I want to indicate to you—and I have served notice to this in terms of questioning to the Minister of Finance—that there is a tremendous philosophical difference if you read between the lines. The way in which they are approaching it can cause some concern to Canadians when we go to do the ultimate in, I would assume, the Speech from the Throne in the spring, on changes to the national pension system.

I would hope you would be aware of those nuances in negotiations, because some of these things I do not think are acceptable to Canadians to be phased in; the problem has been here for two decades and we need them answered now. Frankly, I do not think Canadians care—particularly with the size of the small increase in CPP—to do those disability things that would be involved. They do not want a nickle-and-dime operation on some of those aspects of pension reform, and I just hope you bear that in mind when you bring it to Mr. Wilson.

The Chairman: Thank you, Mr. Frith. Mr. Young, five minutes and then Dr. Marin and Dr. Kindy.

Mr. Young: I am tempted to join in this debate on pensions, and particularly the CPP, but I am going to resist. I want to ask you, though, about your votes under 35b and 40b. Over the last several weeks, as you know, we have had witnesses before this committee on the question of AIDS and on several occasions, most notably by a Dr. Peter Gill, and more recently last Thursday, a Dr. Gold.

I have very clearly indicated to the committee that one of the major problems which they are facing in terms of research capability is the lack of additional funding for research. In fact, Dr. Gill was very strong in his testimony before this committee, saying the research allocation he has been forced to make has been to rearrange the dollars within his present

[Translation]

qu'aujourd'hui, par exemple, nous avons rencontré la *Canadian Federation of Business and Professional Womens' Clubs*. Je leur ai dit que j'espérais voir régler la question des femmes au foyer avant la fin de notre mandat.

Je sais que les journalistes ont annoncé que nous adopterions la loi. J'ai parlé d'espoir, car je dois tenir compte de l'exigence de la formule des deux tiers, et c'est pour cela que nous sommes en négociation. Mais je peux vous dire que le moment me semble opportun. Votre groupe de travail et d'autres, ont préparé le terrain.

Les provinces veulent une augmentation du taux de cotisation. Nous avons le choix entre trois solutions. Nous pouvons augmenter les taux de cotisation, maintenir le *statu quo* ou commencer à rembourser. Les options deviennent fort intéressantes lorsqu'on les examine, mais je pense que la meilleure chose à faire est d'augmenter graduellement les taux de cotisation et en même temps d'améliorer les prestations. J'estime que le moment est venu, et c'est la méthode que j'ai retenue. Je ne peux pas vous en dire plus.

M. Frith: Je comprends, monsieur le ministre. Je voulais simplement vous signaler—et j'en ai également informé le ministre des Finances—que lorsqu'on lit entre les lignes, on perçoit une énorme différence philosophique. La façon de procéder du ministère des Finances pourrait inquiéter les Canadiens lorsque nous annoncerons officiellement les changements au système de pension national, probablement dans le discours du Trône, au printemps.

J'espère que vous aurez conscience de ces différences, dans les négociations, car je ne crois pas que les Canadiens accepteraient la mise en place progressive de certaines choses; le problème existe depuis 20 ans, et nous devons le résoudre maintenant. Franchement, je ne pense pas que les Canadiens soient prêts à accepter certaines choses, étant donné surtout la modestie des augmentations du RPC. Ils ne veulent pas des augmentations sous par sous, dans certains aspects de la réforme des pensions, et j'espère que vous en tiendrez compte dans vos discussions avec M. Wilson.

Le président: Merci, monsieur Frith. Monsieur Young, vous avez cinq minutes, et ce sera ensuite le tour de MM. Marin et Kindy.

M. Young: Je suis tenté de participer à ce débat sur les pensions, et particulièrement sur le RPC, mais je vais résister à la tentation. Je vais cependant vous poser des questions sur les crédits 35b et 40b. Comme vous le savez, au cours des dernières semaines, notre Comité a entendu des témoins sur la question du SIDA, entre autres le Dr Peter Gill, et plus récemment, jeudi dernier, le Dr Gold.

Ils ont très clairement fait savoir au Comité que l'une des principales difficultés de la recherche est qu'ils n'ont pas reçu de fonds supplémentaires. En fait, le Dr Gill a dit sans ambages qu'il avait été obligé de redistribuer les crédits de recherche, et que, par conséquent, pour permettre des recherches sur le SIDA, il a fallu diminuer les capacités dans d'autres domaines.

[Texte]

budget, so that while he is attempting to provide the research capability on AIDS, other areas of research are being affected.

In other words, if he is spending money on AIDS or removing as a result, he is removing money from other research projects within his department. The question I want to ask the Minister is first, whether there is an increased amount of money for the research into AIDS in those estimates, and if not, is it the intention of the Minister's department to bring forward more money for research into AIDS? That is the number one question.

The Chairman: Thank you, sir. Dr. Glynn.

Mr. Young: While we are waiting on your official, it has been argued—and it is certainly one I recognize and other members of the committee recognize—that we are not talking about grabbing a bunch of money and throwing it at AIDS; what we are talking about is more targeted research by research teams and possibly with departments under the Minister's jurisdiction.

Mr. Epp (Provencher): Mr. Young, while I have Dr. Glynn here, I want to answer your question specifically. Let me first give you a general overview.

The AIDS question is one that dominates much of our activity, both in the Minister's office as well as the department. There are ongoing meetings, and I have asked the advisory committee what further steps we should take—keep in mind that committee was established with a certain budget by the former government in 1982, I believe, and the response was relative to the AIDS question at that time.

The people on that committee have worked most diligently and I think are generally regarded as people who have fulfilled their responsibilities very, very well. There are two principle questions among many. One, if there is more needed for research, what kind of research? As you just pointed out, it is targeted rather than general, keeping in mind our interface also with international research. Secondly, and there is more and more discussion on it, there is education. What form should that education take? To whom should it be targeted? In fact, the education would be factual rather than increase or heighten fear which might exist at the present time.

• 1655

Those are the two principal questions among the many we are dealing with. I will be dealing with that question again tonight with some of the people on that committee. It is ongoing, but if you ask specifically whether the present estimates have further money, I will have to ask Dr. Glynn for that.

Dr. P.E.L. Glynn (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare): We have to look at three aspects of funding for research in AIDS: the Medical Research Council, which is devoting some of its funds to research in that area; the National Health Research and Development Program, which is in the department; and the funds in the Health Protection Branch. Currently, it is about \$1.6 million from all three

[Traduction]

Autrement dit, pour pouvoir faire de la recherche sur le SIDA, il a dû diminuer les fonds d'autres projets au sein de son département. Je voudrais donc demander tout d'abord au ministre si l'on prévoit dans le Budget des dépenses supplémentaire une augmentation des crédits de recherche sur le SIDA, et dans le cas contraire, le ministre a-t-il l'intention d'accorder des crédits à la recherche sur le SIDA? C'est ma première question.

Le président: Merci, monsieur. Docteur Glynn.

M. Young: Pendant que nous attendons la réponse de votre collaborateur, laissez-moi vous dire que je comprends bien, ainsi que d'autres membres du Comité, qu'il ne s'agit pas d'attaquer le SIDA à coups de sommes astronomiques; ce que nous demandons, c'est une recherche plus spécifique faite par des équipes de chercheurs, possiblement au sein de départements relevant de l'autorité du ministre.

M. Epp (Provencher): Monsieur Young, je voudrais répondre à votre question de façon précise, puisque j'ai avec moi le Dr Glynn. Permettez-moi de vous donner d'abord une vue d'ensemble.

Le SIDA est un de nos principaux sujets de préoccupation, tant dans mon propre bureau que dans le ministère en général. Il se tient régulièrement des réunions, et j'ai demandé au comité consultatif ce que nous pouvions faire de plus; il ne faut pas oublier que le comité a été créé et financé par l'ancienne administration, en 1982, je crois, et la réaction du gouvernement était en rapport avec l'ampleur du SIDA à l'époque.

Les membres du comité ont travaillé d'arrache-pied et il est généralement reconnu qu'ils ont fait un excellent travail. Deux questions ressortent, parmi bien d'autres. Premièrement, s'il faut faire davantage de recherche, de quel type doit-elle être? Comme vous l'avez fait remarquer, il faut une recherche spécifique, plutôt que générale, sans perdre de vue la coordination avec les équipes de recherche internationales. Deuxièmement, on en parle de plus en plus et on essaie de renseigner le public. Comment doit-on s'y prendre? Qui doit être visé? Au lieu d'intensifier les craintes, il faut fournir des renseignements qui éclairent le public.

De toutes les questions qui se posent, ce sont ces deux-là qui sont les plus importantes et j'en discuterai ce soir avec les membres du Comité. Les discussions se poursuivent. Pour ce qui est des prévisions budgétaires, je vais demander au docteur Glynn de vous dire ce qu'il en est.

M. P.E.L. Glynn (sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social): Il y a trois organismes qui touchent des subventions pour faire des recherches sur le SIDA: le Conseil de recherches médicales, qui y consacre une partie de son budget; le ministère lui-même, dans le cadre de son programme de recherches et de développement; et la Direction générale de la protection de la santé. Les subventions

[Text]

sources. That is money being expended which would not have been expended two or three years ago on this subject. Certainly there have been discussions about research issues and AIDS. There is a meeting of federal-provincial officials a week from today to deal with a number of federal-provincial issues in AIDS, and the topic of research will also be discussed at that time.

The Chairman: Thank you, Dr. Glynn. We will come back to that later, Mr. Young, if you wish.

Dr. Marin, five minutes, and then Dr. Kindy.

M. Marin: Permettez-moi, monsieur le président, de continuer à poser des questions à M. Glynn.

Il est bien évident que ce qu'on avait planifié il y a deux ou trois ans en ce qui concerne ce problème-là était complètement dépassé si on pense à ce qui arrive ces temps-ci, tant aux États-Unis qu'au Canada. Je me demande si ce n'est pas une priorité qui aurait dû figurer à notre budget supplémentaire. C'était un peu le sens de ma question de tout à l'heure au ministre. Les sommes d'argent que nous dépensons dans les laboratoires de Vancouver et de Winnipeg tiennent-elles compte des problèmes actuels? Deuxièmement, est-ce qu'il s'agit là d'installations de recherche nationales? On me dit que les sommes d'argent consacrées à la recherche ne sont pas équitablement réparties à travers les différents centres du Canada, et cela me préoccupe. J'ai déjà on me dit que l'argent n'est pas équitablement réparti et que je vois arriver sept autres millions de dollars, je me pose des questions.

Dr Liston: Les laboratoires de Vancouver et de Winnipeg font partie d'un programme de rénovation de nos laboratoires qui a débuté il y a sept ou huit ans. Le premier laboratoire était situé à Longueuil et le deuxième en banlieue de Toronto. La rénovation de nos laboratoires à Vancouver et à Winnipeg fait partie de ce même programme. Ensuite, ce sera le tour du laboratoire de la région de Halifax d'être rénové. Cela fait partie d'un programme national et cela représente les cinq régions touchées par le Programme de la protection de la santé.

M. Marin: Merci, monsieur le président.

The Chairman: Dr. Kindy.

Mr. Kindy: I want to thank you, Mr. Chairman. I have just a general comment. At the same time, I would like to ask the Minister about the budget of National Health and Welfare, as it takes about a quarter of the whole budget of the nation and it is escalating. If you look back to 1968, the national budget was \$15 billion, and today this is \$26 billion just for National Health and Welfare. We are living in a time of restraint, and I wonder whether the Minister or his department has any long-range plan for cutting down on the deficit, because if we do not do something, it is going to escalate—the medical services, pension plans, and so forth. It is soon going to cover 30% to 40% of the national budget. Does the Minister have any long-range plans to stop the huge deficit we are seeing in the nation?

[Translation]

versées à ces trois organismes s'élèvent à 1.6 millions de dollars. Il y a deux ou trois ans, évidemment, on aurait pas eu à dépenser ces montants. On a certainement parlé du SIDA et des recherches qui pourraient être entreprises. Lundi prochain, des représentants du gouvernement fédéral et des provinces se réuniront pour discuter des aspects du SIDA qui les intéressent. Et l'on discutera, à ce moment-là, des recherches qui pourraient être entreprises.

Le président: Merci, docteur Glynn. Si vous voulez, monsieur Young, on y reviendra plus tard.

Docteur Marin, vous avez cinq minutes, après quoi on passera au docteur Kindy.

Mr. Marin: Mr. Chairman, may I keep on questioning Mr. Glynn?

Obviously, any planning that was done two or three years ago with a view to dealing with this problem is completely out of date, if you look at what has happening now in the United States and Canada. I wonder whether we should not have made it a priority in our supplementary estimates. That was in a way what I was getting at when I questioned the minister earlier. Do our budgets for the Winnipeg and Vancouver laboratories take the problems we are facing into account? And are these national research facilities? I am told that research funding is not fairly distributed amongst the various research centres in Canada, and that is of concern to me. I myself studied in a research centre in Quebec and when I am told that the money is not being fairly distributed and when I see that the budget is being increased by \$7 million, I start to wonder.

Dr. Liston: The Vancouver and Winnipeg facilities are part of a laboratory renovation program that was launched seven or eight years ago. The first facility to be renovated was located in Longueuil and the second one in a suburb of Toronto. The Vancouver and Winnipeg renovations are also part of this program. A laboratory in the Halifax area will be next. This is part of a national program and it covers the five regions affected by the Health Protection Program.

Mr. Marin: Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Docteur Kindy.

M. Kindy: Je vous remercie, monsieur le président. Je vais commencer par faire une observation d'ordre général. Ensuite j'interrogerai le ministre sur le budget de son ministère, qui représente environ le quart du budget fédéral et qui ne cesse d'augmenter. En 1968, le budget fédéral s'élevait à 15 milliards de dollars. Aujourd'hui, le budget du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social représente, à lui seul, 26 milliards de dollars. Étant donné la nécessité de limiter les dépenses, le ministre ou ses fonctionnaires ont-ils l'intention de prendre des mesures en vue de réduire le déficit? Si l'on ne prend pas de mesures en ce sens, le déficit continuera d'augmenter. Je parle des services médicaux, des régimes de pension, etc. Ce poste représentera bientôt 30 à 40 p. 100 du budget national. Le ministre a-t-il élaboré des plans à long terme pour résorber cet énorme déficit?

[Texte]

[Traduction]

• 1700

I see that the Minister says the \$45 million supplementary estimates is just nothing. That is true if you compare it to the total budget, but it is still money. If we go from one department to the other, there are always supplementary estimates, and it continues. I wonder what the bureaucracy really does. They do not foresee things because there are certain plans... The Canadian Red Cross Society and \$5 million—I think it should have been planned before. It should have been in the main estimates. On the other hand, we do not see anything on AIDS. That is a major problem. You are spending \$1.6 million. Are we waiting until it really becomes a crisis?

I think there are two questions: Are there any long-range programs to reduce the budget in National Health and Welfare, and are we going to do something about the major problem that is going to come into view, the AIDS problem?

Mr. Epp (Provencher): Mr. Chairman, there were a number of questions there and I will try and deal with them.

First of all, Dr. Kindy, I did not say that \$45 million was nothing. What I did say was that the supplementary estimates relative to percentage of total expenditures of the department was a very low percentage. I do not think anybody should say \$45 million is very little money. In fact, I think somebody once said that \$1 million was nothing, and you know what happened to him. Canada had foisted on it a column.

Mr. Kindy: You do not want it to happen to you.

Mr. Epp (Provencher): I am going to ask the officials to give us some research findings. It is my understanding that if you take a look at the percentage of the total budget over the last number of years—the total expenditures of the government of Canada—and the percentage of expenditure on National Health and Welfare relative to the total budget, I think there has been a decrease. I do not know if we have those figures here, but that might be the second point.

Mr. Kindy: I would appreciate it if you could give me the numbers, if your statement is true. I hope it is.

Mr. Epp (Provencher): Of course, there has to be long-term planning, but I would make another point. If you look at the historical costs of GNP of health care through the 1970s—if you even take a look at it from the post-war period—when we had both the hospital and the medical costs included in a public plan for that full decade, we were running on about 7.4% of GNP on the average. Granted there are some differences, but the United States private plan without the accessibility was running at about 8.5%. If you take a look at what happened in the early 1980s, you will see that we went up to about 8.5%. When you come into your point directly you take the deficit from health and factor a certain portion of it into the national deficit, we may be in the 9% range of GNP. The Americans went to 10.5%, and that is approximately where they are today.

Le ministre prétend que les 45 millions de dollars du budget supplémentaire sont une bagatelle. C'est peut-être vrai si on compare ce montant à l'ensemble du budget, mais ce n'est quand même pas rien. Tous les ministères continuent à soumettre des budgets supplémentaires. Est-ce que les fonctionnaires ne pourraient pas mieux prévoir les choses? Les 5 millions de dollars pour la Croix-Rouge auraient dû figurer dans le budget principal. Par contre, rien n'a été prévu pour le SIDA, alors que c'est un de nos gros problèmes. Vous allez dépenser 1,6 million de dollars. Est-ce que vous comptez attendre jusqu'à ce que l'on soit confronté à une véritable crise?

J'ai donc deux questions à vous poser: premièrement, des mesures à long terme ont-elles été prises pour réduire le budget du ministère de la Santé et du Bien-être et, deuxièmement, qu'est-ce que vous comptez faire pour enrayer l'épidémie de SIDA?

M. Epp (Provencher): Je vais essayer de répondre à toutes vos questions.

Tout d'abord, je n'ai jamais dit que 45 millions de dollars aient été une bagatelle. Je voulais simplement faire remarquer que le montant du budget supplémentaire ne représentait qu'un faible pourcentage de l'ensemble des dépenses du ministère. Personne ne peut affirmer que 45 millions de dollars est peu d'argent. Quelqu'un a dit une fois justement que 1 million de dollars, ce n'était rien, et vous savez ce qui lui est arrivé.

M. Kindy: Vous ne voudriez pas que cela vous arrive à vous.

M.Epp (Provencher): Je crois que mes collaborateurs pourraient vous soumettre des chiffres selon lesquels il est tout à fait clair que les dépenses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sont en diminution par rapport à l'ensemble du budget national.

M. Kindy: J'aimerais beaucoup avoir ces chiffres, pour pouvoir corroborer vos dires.

M. Epp (Provencher): Une planification à long terme est bien entendu indispensable. Au cours des années 70, et si on prend la période de l'après-guerre, lorsque les frais hospitaliers et les soins de santé ont été imputés pendant 10 ans au budget de l'État, les dépenses du ministère représentaient en moyenne 7,4 p. 100 du produit national brut. Or, même compte tenu des différences entre nos deux pays, les régimes d'assurance-maladie privés aux États-Unis, qui ne sont pas accessibles à tous, représentent 8, 5 p. 100. Au début des années 80, nos dépenses ont atteint 8,5 p.100 du PNB. Le déficit du ministère de la Santé nationale par rapport au déficit national correspond à environ 9 p. 100 du PNB, contre 10,5 p. 100 aux États-Unis à l'heure actuelle.

[Text]

The point I make is that any social program, programs Canadians want to see maintained, are based on growth and on an economy that can sustain them. That is why I keep constantly arguing that we have to have that growth, and that is my argument with the provinces, too. The best guarantee they have of maintaining their programs is growth. What happened in the early 1980s was when we went into the recession, both the provincial and federal revenues dropped dramatically, but our costs did not. The real issue is growth; you cannot separate the two.

• 1705

The other point I make on AIDS. I want to tell you quite directly that as we are looking at our estimates for this next year, that question is very much a part of what should be included in the estimates for AIDS over the coming years. It is not that this has not been dealt with by us. There is no question that the projections on AIDS for a lot of us in terms of simple costs are pretty staggering, pretty dramatic. What I say to you is, yes, there has to be long-term planning. I would suggest there would have to be alternative plans made with the provinces who deliver the system, but I think when we look at the system, let us look at it from a factual point of view rather than an anecdotal point of view.

Mr. Kindy: Just a short supplementary. You said that it diminished percentage-wise the cost of the total budget. If you could ask your officials to give me . . .

Mr. Epp (Provencher): We will make those figures available, Mr. Chairman.

Mr. Kindy: I would appreciate that.

The Chairman: One short question, Mr. Young, and then Mr. Redway.

Mr. Young: First of all in dealing with . . .

Mr. Epp (Provencher): Excuse me for interrupting, Mr. Young.

Mr. Chairman, there is one question I did not answer Dr. Kindy. The other side of your equation was pensions in terms of escalating costs. Keep in mind that of the \$26 billion, \$25 billion is statutory. But keep in mind as well that when we look at the aging population and we look at the need for pensions . . . And here is one Minister who is constantly stressing the need for young Canadians to start contributing to their post-retirement income, because when you take a look at the aging population and the demography of Canada, if we do not have in place that kind of long-range planning, we will have even additional problems.

Mr. Kindy: This is what I mean. It is going to escalate, and the population is growing older and so on—except if AIDS continues, then we might have a lesser problem.

The Chairman: Mr. Young.

Mr. Young: I would just have to say at this point as well, it is not how much you spend, it is also how much you take in. While we are taking a look at expenditures on social programs, you have to balance that off between what we are not taking in through the tax expenditure approach. That is not my

[Translation]

Tous les programmes sociaux, quels qu'ils soient, exigent pour leur maintien une économie suffisamment forte et qui enregistre une certaine croissance. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'insiste tellement sur la nécessité de la croissance, ainsi que je l'ai d'ailleurs expliqué aux autorités provinciales. Or, quand la récession nous a frappés, au début des années 80, les recettes, tant provinciales que fédérales, ont enregistré une forte diminution, alors que nos coûts, eux, restaient inchangés. Donc, le vrai problème, c'est la croissance.

Pour ce qui est du SIDA, je peux vous assurer que les crédits nécessaires, au cours des années à venir, pour la lutte contre cette maladie ont été examinés très attentivement. Les coûts seront d'ailleurs énormes. Il va donc falloir faire des plans à long terme. Il va falloir se mettre d'accord avec les provinces, qui sont chargées d'assurer les soins de santé; l'essentiel, c'est de nous en tenir aux faits et non pas aux rumeurs.

M. Kindy: Vous dites que les dépenses de votre ministère sont en baisse par rapport à l'ensemble du budget. J'aimerais avoir les chiffres, pour corroborer vos dires.

M. Epp (Provencher): Nous allons vous les remettre.

M. Kindy: Merci.

Le président: Monsieur Young, vous pouvez poser une brève question, après quoi ce sera au tour de M. Redway.

M. Young: En ce qui concerne . . .

M. Epp (Provencher): Excusez-moi de vous interrompre, monsieur Young.

Je n'ai pas répondu à la question de M. Kindy concernant l'augmentation des crédits imputée aux pensions. Il ne faut pas oublier que sur les 26 milliards de dollars, 25 milliards sont statutaires. Il ne faut pas oublier non plus que notre population est en train de vieillir et que notre budget des pensions ira donc en s'alourdissant. C'est pourquoi j'insiste tant auprès des jeunes Canadiens pour qu'ils commencent à mettre de côté en vue de leur retraite le plus rapidement possible, faute de quoi, et compte tenu de l'évolution démographique du pays, nous allons être confrontés à des problèmes graves.

M. Kindy: Oui; donc, les coûts vont continuer à monter et la population à vieillir.

Le président: Monsieur Young.

M. Young: Il n'y a pas que les dépenses, il y a aussi les recettes qui comptent. Alors qu'il a été question ici des crédits affectés aux programmes sociaux, il y a par contre un manque à gagner au plan fiscal. Mais ceci est une toute autre question, qu'il faudra sans doute aborder une autre fois.

[Texte]

question, and you do not have to respond to it, because that is a whole other debate that perhaps is philosophical, but some day we are going to have to get into it.

The one question I want to ask the Minister while we have him before us, Mr. Chairman, is that Dr. Gold, last Friday . . . The committee very briefly recognized that information on AIDS is readily available to anyone who wants to take a look at it and that very much the fear and concern that is out there is not always related to the facts. We had a discussion about the urgent need for an informational program and how that could be delivered. Dr. Gold, from a conversation he had about this area with Dr. Canada, indicated to us that Dr. Smith had a whole host of wonderful ideas on how this could be disseminated. The question I want to ask you is whether you have had any kind of discussion with Dr. Smith; and if not, I would suggest it may be worthwhile for either yourself or departmental officials to do that. And hopefully we can have him before the committee also, but that is something we could decide some place else.

The Chairman: Dr. Glynn.

Dr. Glynn: In response to your particular question regarding Dr. Stewart Smith, no. We have been giving considerable thought to the issue you raised. It will be a major item on the agenda for the meeting a week from today with provincial authorities, because, obviously, they have to be a part of this issue. In addition, at least one non-governmental organization in the health field has put forward their interest and their suggestions on how it could be done. Certainly when decisions are made about that particular issue, we will probably go outside the government for the delivery of a major part of these information programs.

Mr. Young: Thank you.

• 1710

Mr. D. Kirkwood (Deputy Minister, Department of National Health and Welfare): Mr. Chairman, just one point I would like to add. Although I believe Dr. Glynn's branch has not had direct contact with Dr. Smith, in fact he has been in touch with the Health Protection Branch, Dr. Liston's branch. His ideas are being fed into our planning, although not directly through Dr. Glynn, and perhaps I could add a further word.

Of course, the subject of AIDS is a relatively recent problem that has developed very rapidly. Until 1985, it was very difficult to form any kind of an assessment of the magnitude of the problem or how to tackle it. It is only in the current year that we are beginning to get some grip on this kind of thing. Up until now, the research activity we have undertaken has been on a small scale and has been funded out of general research revenues without any requirement for formal allocation at the budgetary level. As we move into the coming fiscal year, it is clear that the magnitude of the problem and the definition of it have developed a good deal. I think we will have to plan in a formal and organized way from now on to deal with this, and that I would expect to see reflected subject to decisions that I cannot influence directly in next year's estimates and in our departmental plans for next year.

[Traduction]

D'après ce que le docteur Gold nous a dit vendredi dernier, il n'est pas du tout difficile d'obtenir tous les renseignements nécessaires concernant le SIDA, et la panique que cette maladie est en train de susciter est bien souvent non fondée. Il a été question notamment de la nécessité de lancer une campagne d'information le plus rapidement possible. Le docteur Gold nous a dit à ce propos que M. Stuart Smith, qui est le président du Conseil des sciences du Canada, lui avait proposé diverses façons de procéder. Si vous n'avez pas été en contact avec M. Smith à ce sujet, je pense que vous devriez le faire sans tarder. Je trouve d'ailleurs que M. Smith devrait être invité à comparaître devant le Comité.

Le président: Docteur Glynn.

Dr. Glynn: Nous n'avons pas été en contact avec M. Stuart Smith. Mais la question que vous venez d'évoquer figurera à l'ordre du jour de la réunion qui doit avoir lieu d'ici une semaine avec les autorités provinciales, qui ont un rôle important à jouer dans toute cette affaire. Par ailleurs, un organisme non gouvernemental nous a également fait certaines suggestions. Lorsque la décision sera prise concernant cette campagne d'information, celle-ci sera sans doute confiée à des organismes non gouvernementaux.

M. Young: Merci.

M. D. Kirkwood (sous-ministre, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Je voudrais encore ajouter un mot, monsieur le président. Même si le service du D^r Glynn n'a pas contacté directement M. Smith, il a par contre été en contact avec le D^r Liston, qui dirige la Direction de la protection de la santé. Nous avons donc tenu compte de ce qu'il nous a dit, et si vous le permettez, je voudrais encore ajouter quelques mots à ce sujet.

Le SIDA est un problème relativement récent, même s'il s'étend très rapidement. Jusqu'en 1985, il était difficile de se faire une idée de l'ampleur du problème et de la façon de s'y prendre. Jusqu'à tout récemment, il n'y a pas eu de recherches sur une grande échelle consacrées au SIDA, et les crédits pour ces travaux provenaient du budget général des recherches, sans que nous ayons demandé des crédits spéciaux. Or, il est maintenant tout à fait évident que nous sommes confrontés à un problème d'importance capitale. Il va donc falloir désormais s'organiser tout autrement, ce qui devrait se traduire dans notre budget pour l'année qui vient, même si, bien entendu, certaines décisions ne relèvent pas directement de notre compétence.

[Text]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Kirkwood. Mr. Redway.

Mr. Redway: Two questions. First, Mr. Minister, when can we expect to see your children's services task force?

Mr. Epp (Provencher): The outline of the child care task force has been announced in the House. At this very moment there are discussions as to the membership and who the membership will be. As soon as this has been determined, it will be announced.

Mr. Redway: Secondly, you mentioned that you had undertaken some form of new agreement with the Province of Nova Scotia that had miraculously taken 1,100 people off the welfare roles. Do you anticipate similar agreements with other provinces; and if so, when and what exactly is entailed in those agreements?

Mr. Epp (Provencher): It was not only with Nova Scotia, Mr. Redway. We met as social services Ministers. My point was, and many of them agreed—in fact, I think at the end there was a happy agreement for all of us—there are people on social assistance. Let us take single mothers with dependent children who might be able to have part-time work, and hopefully from that work become independent or semi-independent. Say they cannot do this because they would lose their benefits immediately or—and from your municipal experience I am sure you have the same experience as I did; my first portfolio in municipal council was welfare—secondly, that they lose what is often termed non-financial benefits for their children, for example. The discussion that took place was whether we could set up models with agreements with an individual province. In other words, we have a general understanding. Then with a specific province, where people could be taken for instance into training or into work, they would not for a period of time lose those benefits as we phase them through into more independence. I believe this came into effect, at least in Nova Scotia, on November 1. It was about three weeks ago when I had the discussion with the Minister. At least up to that stage, they were very pleased with the results: 1,100 people in November in Nova Scotia, when we generally are seeing unemployment rise on a seasonally adjusted basis in North America, especially in Canada at that time. This is a good sign.

I think we have to be even more innovative. We spent \$8 billion on the Canada Assistance Plan, 50:50 cost-shared with the provinces. I think we have to be innovative where ever we can so that within that budgetary framework we can get people into those independent roles. I am going to pursue that even more diligently with the provinces, because I think this is where some of the answers possibly lie, for some. I am realistic it will never be for everyone, but for some people I think there are better answers there than simply having them stay on welfare and constantly being part of the . . . and their children on assistance, and always concerned about what next move the government or the social workers might make. They also have responsibilities as they interface with the family on what decisions they might make on their behalf.

[Translation]

Le président: Merci, monsieur Kirkwood. Monsieur Redway.

M. Redway: Le groupe de travail chargé d'étudier les services destinés aux enfants dont il a été question sera-t-il mis sur pied?

M. Epp (Provencher): Les modalités de fonctionnement de ce groupe de travail ont été annoncées à la Chambre. On est en train de discuter qui fera partie de ce groupe de travail, et dès que la liste aura été établie, elle sera rendue publique.

M. Redway: Vous nous avez dit que vous avez conclu un nouvel accord avec la Nouvelle-Écosse, qui était parvenue à rayer 1,100 personnes des listes des bénéficiaires de l'assistance sociale. Comptez-vous conclure des accords analogues avec d'autres provinces, et quelle est au juste la teneur de ces accords?

M. Epp (Provencher): Il ne s'agit pas uniquement de la Nouvelle-Écosse, monsieur Redway. Lors d'une réunion des ministres des Services sociaux, nous nous sommes mis d'accord sur la façon d'essayer de réduire le nombre de personnes vivant de l'assistance sociale. Ainsi, des mères célibataires ayant des enfants à charge pourraient travailler à temps partiel et devenir ainsi au moins partiellement indépendantes. Or, ce qui les empêche de travailler actuellement, c'est qu'elles perdraient aussitôt leurs prestations d'assistance sociale, ainsi que certains avantages autres que monétaires qu'elles touchent au titre de leurs enfants. Puisque nous étions en principe d'accord, il s'agissait de voir si on pouvait conclure des accords avec les différentes provinces. On s'est donc mis d'accord pour commencer par une province. Les assistés sociaux qui travailleraient ou qui suivraient des cours de formation ne perdraient pas pour autant les prestations d'assistance sociale, de façon à leur faciliter la transition vers l'indépendance économique. Un accord de ce genre a notamment été conclu avec la Nouvelle-Écosse le 1^{er} novembre. Cela fait trois semaines que j'ai discuté de cette question avec les ministres provinciaux. Jusqu'à présent, les résultats ont été très encourageants: ainsi, en Nouvelle-Écosse, 1,100 personnes ont pu être rayées des listes de l'assistance sociale au mois de novembre, alors que le taux de chômage désaisonnalisé est toujours en hausse à cette période de l'année au Canada. C'est donc très encourageant.

Mais il va falloir faire preuve d'encore plus d'imagination. Nous dépensons 8 milliards de dollars pour le Régime d'assistance publique du Canada, la moitié étant à charge du gouvernement fédéral et l'autre moitié à charge des provinces. Il va donc falloir faire preuve d'imagination et trouver le moyen de permettre à ces gens de recouvrer leur indépendance économique. Je compte d'ailleurs poursuivre ces discussions avec les provinces, car je crois que c'est une bonne solution. Elle ne sera sans doute pas valable pour tous les assistés sociaux, mais je suis sûr que pour certains au moins, cette solution est préférable, plutôt que d'avoir à dépendre toute sa vie du gouvernement et des assistantes sociales. Ces personnes doivent être encouragées à assumer certaines responsabilités vis-à-vis de leur famille.

[Texte]

Mr. Redway: Do you anticipate another agreement with another province shortly?

Mr. Epp (Provencher): I do not want to characterize it wrong in any way. There are a number of provinces—I think possibly all of them—that we will get into some of these models. We are just beginning. I am pretty hopeful. If those are the first signs from the first province I have heard, that obviously gives me a lot of hope for what I thought was simply a practical step to take.

• 1715

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Thank you, Mr. Redway. I think that draws our questioning to a close. May I thank you, Mr. Minister, and your officials for, first of all, your willingness to answer a broad range of questions, somewhat off our particular vote perhaps, but we appreciate that.

The next meeting of the committee will be held tomorrow morning at 9.30 a.m., when our witnesses will be Dr. Stan Read, from the Hospital for Sick Children in Toronto and Mr. Robert Tivey, Project Director of AIDS Centre in Vancouver.

Mr. Redway: Are we going to have a vote on these items, Mr. Chairman?

The Chairman: No. We do not have a quorum for one thing. It takes eight to have a quorum here for a vote. By the way, these votes are deemed to be reported automatically on December 5; that is this Thursday.

I want to thank you all for coming eventually, and we will look forward to seeing you in the near future.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

M. Redway: Est-ce qu'un accord de ce genre doit être conclu prochainement avec d'autres provinces?

M. Epp (Provencher): Je pense qu'éventuellement toutes les provinces participeront à cette expérience. Ceci n'est qu'un début. Je suis plutôt optimiste. C'est la première entente que nous avons signée et c'est assez encourageant. Pour moi, c'était tout à fait logique.

Le président: Merci, monsieur le Ministre. Merci, monsieur Redway. Il n'y a plus de questions. Je vous remercie, monsieur le Ministre, et je remercie vos fonctionnaires. Vous avez accepté de répondre à une gamme de questions qui ne portaient pas toujours sur les crédits à l'étude. Nous vous en sommes reconnaissants.

Le Comité se réunira demain matin, à 9h30, pour entendre le Dr Stan Read, qui représente le *Hospital for Sick Children*, de Toronto, et M. Robert Tivey, directeur de projets, *AIDS Centre*, Vancouver.

M. Redway: Allons-nous voter sur les crédits, monsieur le président?

Le président: Non. Nous n'avons pas le quorum. Pour pouvoir voter, il faut la présence de huit députés. De toute façon, le 5 décembre, les crédits sont réputés avoir été adoptés. Le 5 décembre, c'est jeudi.

Je vous remercie tous d'être venus. On se reverra bientôt.

La séance est levée jusqu'à nouvel ordre.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

J.D. Nicholson, Assistant Deputy Minister, Medical Services;
Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection;
D.M. Lyngseth, Assistant Deputy Minister, Corporate Management;
D. Kirkwood, Deputy Minister.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

J.D. Nicholson, sous-ministre adjoint, Services médicaux;
Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé;
D.M. Lyngseth, sous-ministre adjoint, Gestion ministérielle;
D. Kirkwood, sous-ministre.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 26

Tuesday, December 3, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 26

Le mardi 3 décembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Leo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 3, 1985
(31)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:34 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Pauline Browes, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Charles-Eugène Marin, Paul McCrossan, Brian White and Neil Young.

Alternates present: Bill Lesick and Alan Redway.

In attendance: From the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witnesses: From the Hospital for Sick Children, Toronto: Dr. Stan Read. *From the AIDS Centre—Vancouver, B.C.:* Robert Tivey, Project Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985 in relation to the report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

Dr. Stan Read made a presentation and answered questions.

Robert Tivey made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 3 DÉCEMBRE 1985
(31)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 34, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Pauline Browes, Bruce Halliday, Jean-Luc Joncas, Charles-Eugène Marin, Paul McCrossan, Brian White, Neil Young.

Substituts présents: Bill Lesick, Alan Redway.

Aussi présent: De la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoins: Du Hospital for Sick Children, Toronto: Dr Stan Read. De l'AIDS Centre—Vancouver, B.C.: Robert Tivey, directeur de projet.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); et l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Le Dr Stan Read donne un exposé et répond aux questions.

Robert Tivey fait une déclaration et répond aux questions.

A 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, December 3, 1985

• 0931

The Chairman: The Chair sees a quorum, and we could call the meeting to order. The order of the day today is resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1984; and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985; namely, the study on AIDS.

We have today as witnesses Dr. Stanley Read from the Hospital for Sick Children in Toronto, who is attached to the infectious disease service in that hospital. Along with him is Mr. Robert Tivey from Vancouver, who is not here at the moment, but will be coming very shortly.

Dr. Read, our usual format, as I think you know, is to have a short presentation by our witness, followed by questions from the committee. As you can see, we are trying to work in two witnesses today, so if we could allow approximately 45 minutes for your part of the program... So if you wish to take over now and present your case, we would be very pleased to hear it.

Dr. Stan Read (Hospital for Sick Children, Toronto): Yes, thank you. Perhaps I could start with my involvement in AIDS. My sub-speciality area is infectious diseases at 'Sick Kids' in Toronto. My interest is in the house defence system, particularly to infections. I am part of the National Advisory Committee on AIDS and the subsections on labs and lab safety, as well as intervention, various therapeutic approaches, and also research. I am also a member of the Ontario Advisory Committee.

I follow patients with AIDS. I am part of the AIDS screening clinic at the Toronto General Hospital and part of the AIDS research team of the University of Toronto. Primarily, what I have been asked to talk to you about this morning is our preliminary results from the study in Toronto.

To begin with, AIDS is a new disease—certainly a new disease in North America, and it may even be a new disease in the world—that information is not clear at this time. But certainly, as far as we are concerned, it is new, and that is absolutely clear.

The disease was first recognized in 1981 in the United States, and the numbers reported to the Centres for Disease Control at the present time are about 15,000 and increasing rapidly. In Canada, we have had close to 400 cases reported and the number of cases is doubling between every six and seven months. It is anticipated that this will go on for at least another year or two, if we follow the same pattern that is going on in the United States.

The disease was initially defined by the people at CDC and the definition, essentially, is that of a condition which is life-threatening and which indicates that the house defence system

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 3 décembre 1985

Le président: Je vois que nous avons le quorum, et je désire donc ouvrir la séance. Nous reprenons l'étude de nos ordres de renvoi concernant les rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1984 et du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1985, et plus particulièrement l'étude sur le SIDA.

Nous entendrons aujourd'hui le docteur Stanley Read, de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, où il travaille au sein du département des maladies infectieuses. Il sera suivi de M. Robert Tivey, de Vancouver, qui n'est pas encore arrivé, mais qui ne tardera pas.

Docteur Read, habituellement, comme vous le savez sans doute, le témoin nous fait un bref exposé, après quoi les membres du Comité posent des questions. Comme vous avez pu le noter, nous aimerions entendre deux témoins aujourd'hui et je vais donc vous donner 45 minutes environ... Si vous voulez bien commencer votre exposé, nous l'entendrons avec grand plaisir.

Dr Stan Read (Hôpital pour enfants malades, Toronto): Oui, merci. Je pourrais peut-être commencer par vous parler de mon travail dans le domaine du SIDA. Je suis spécialisé dans les maladies infectieuses à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto. Je m'intéresse à notre système de défense, particulièrement contre les maladies infectieuses. Je suis membre du Comité consultatif national sur le SIDA et je siège aux sous-comités sur le travail et la sécurité en laboratoire, l'intervention, les méthodes thérapeutiques et la recherche. Je suis également membre du Comité consultatif ontarien.

Je soigne des malades atteints du SIDA. Je suis membre de l'équipe de dépistage du SIDA à l'Hôpital général de Toronto, ainsi que de l'équipe de recherche sur le SIDA de l'Université de Toronto. On m'a demandé de vous parler principalement ce matin des résultats préliminaires de l'étude en cours à Toronto.

Pour commencer, le SIDA est une maladie nouvelle, en Amérique du Nord du moins, et peut-être même dans le monde, bien que cela ne soit pas encore clair. Mais pour nous, c'est certainement une maladie nouvelle, et cela ne fait aucun doute.

La maladie a été identifiée pour la première fois en 1981 aux États-Unis, et environ 15,000 cas ont été signalés jusqu'ici aux centres de lutte contre la maladie, et ce chiffre augmente rapidement. Au Canada, près de 400 cas ont été signalés, et le nombre double tous les six à sept mois. Si la situation évolue au Canada de la même façon qu'aux États-Unis, ce rythme d'augmentation devrait se maintenir pendant encore au moins un an ou deux.

La maladie a été définie d'abord par le personnel du Centre de lutte contre la maladie, qui la décrit essentiellement comme une maladie qui met la vie en danger en anéantissant le

[Texte]

has broken down. Since that definition, the agent which causes AIDS has been discovered.

This is a peculiar virus; a virus which is only really the third of its kind which has ever been recognized in man. The virus was actually first discovered by the French about two and one-half years ago, and more recently by the Americans and called HTLV-III by the Americans. LAV was the term described by the French for lymphadenopathy associated virus, because of the enlarged lymph glands, the swollen glands associated with it.

• 0935

I do not think this is the time or place to go into all the details about what kind of a virus it is and where it fits in the family of viruses and so on, except to say there is some increasing concern, because it may be related to a group of viruses known as slow viruses, and if it is, it is going to be very difficult to produce a vaccine. Really, the only way to control any infectious disease, and particularly one that is life threatening, is by a good vaccine and a vaccination program. There is potentially a very great problem here in the ultimate control of this virus by vaccination.

The virus preferentially infects the white blood cells, and particularly the white blood cells of the immune system. This is a picture of the virus, just so you have a mental image of it. It just shows the virus coming out of a lymphocyte and then in the free form outside the lymphocyte, and it is actually comparing it to a slow virus of sheep, and you can see they are identical in terms of the way they look.

As I said, the virus preferentially infects a particular cell of the immune system, of the host defence system, and destroys that cell, and that is why and how the virus actually upsets the host defences—by destroying the cell of the immune system. It has turned out, though, that this is only one aspect of what this virus does, and recently, it has been discovered that the virus also can preferentially infect the cells of the brain.

I am not going to go into details of this slide, but this is a slide about the fact that it does infect the brain, and that some of the problems we see in these patients with AIDS are related to the infection of the brain by that virus. This also gives cause for concern, because some of the types of drugs that are now being studied, which may, in fact, inhibit the virus, may only do so in the periphery. In other words, in some cases, they may not cross into the brain. Therefore, we have the dual problem of trying to suppress the virus, but also having to get the substance that suppresses the virus to the site where it works, where the virus is acting, the brain.

There is a lot of information that comes out, through the media in many cases, which is not entirely accurate, is somewhat sensationalized and does not give the true picture of what is known about this virus. As I have mentioned, the virus has only been known for two and a half years, yet in that relatively short space of time, mainly through efforts in the United States and in France, quite a bit has been learned about this virus. One of the aspects that is quite clear—and this is from studying some 15,000 cases in the States, some 400

[Traduction]

système auto-immunitaire. On a depuis découvert l'agent causal du SIDA.

Il s'agit d'un virus étrange, qui n'est en fait que le troisième de son type retrouvé jusqu'ici chez l'homme. Ce sont les Français qui ont les premiers découvert le virus, il y a environ deux ans et demi, et les Américains, qui l'ont découvert plus récemment, l'ont nommé HTLV-III. Les Français l'avaient nommé LAV, ce qui signifie virus à lymphadénopathie associée, parce qu'il cause l'enflure des ganglions lymphatiques.

Je ne crois pas qu'il soit approprié d'entrer ici dans des explications détaillées sur le type de virus dont il s'agit, de la place qu'il occupe dans la famille des virus, et ainsi de suite, sauf peut-être pour vous dire que l'on craint de plus en plus qu'il n'appartienne à un groupe de virus lents; si c'est le cas, il sera très difficile de mettre au point un vaccin. En réalité, la seule façon de contrôler une maladie infectieuse, surtout lorsqu'elle pose des risques pour la vie, c'est de mettre au point un bon vaccin et un bon programme de vaccination. Le contrôle de ce virus particulier par un vaccin pourrait s'avérer extrêmement difficile.

Le virus s'attaque de préférence aux globules blancs, et en particulier aux globules blancs du système immunitaire. Voici une photographie du virus, pour que vous puissiez vous le représenter. Vous voyez ici le virus sortant d'un lymphocyte, et là, le virus indépendant, à l'extérieur du lymphocyte; ici, vous le voyez en parallèle avec un virus lent des moutons, et vous pouvez voir que les deux sont identiques en apparence.

Comme je l'ai dit, le virus s'attaque de préférence à un certain type de cellules du système immunitaire, qu'il détruit, et c'est ainsi qu'il détraque le système auto-immunitaire, en détruisant les cellules. Mais on a découvert récemment que ce n'est là qu'un aspect de l'activité du virus, car on s'est aperçu qu'il peut également infecter les cellules cérébrales.

Je ne vais pas vous expliquer cette diapositive en détail; elle montre que le virus peut attaquer le cerveau, ce qui explique la cause de certains symptômes que manifestent les malades atteints du SIDA. C'est également une cause supplémentaire d'inquiétude, car certains médicaments actuellement à l'étude, et qui pourraient en fait inhiber le virus, pourraient n'avoir qu'un effet périphérique. Autrement dit, dans certains cas, ils pourraient ne pas avoir d'effet sur le cerveau. Par conséquent, nous devons non seulement essayer de trouver une substance qui détruit le virus, mais qui puisse également l'atteindre dans son lieu d'activité, c'est-à-dire dans le cerveau.

Les médias transmettent une abondante information qui n'est pas toujours tout à fait exacte, qui est plutôt sensationnelle et ne donne pas une idée juste de l'état actuel des connaissances. Comme je l'ai dit, nous ne connaissons le virus que depuis deux ans et demi, et pourtant, dans ce délai relativement court, nous avons appris beaucoup de choses à son sujet, grâce principalement aux efforts faits aux États-Unis et en France. Une chose est maintenant très claire—et ce, grâce à l'étude de quelque 15,000 cas aux États-Unis, 400 au Canada

[Text]

in Canada, somewhere near 1,000 in Europe and so on, and contacts of those cases—is that there are really only three modes of transmission of this virus. The one that is of concern, and the one that will be of future concern, is sexual transmission. The virus is spread by direct sexual contact, not only between homosexuals, which is the group most affected at the present time, but heterosexuals as well, both from men to women and from women to men. This is particularly clear in countries in Africa and particularly, Haiti and the Caribbean, where the disease is a heterosexual disease. There are as many women with the disease as there are men. We certainly have cases, particularly in the United States, of transmission in this fashion.

Contact with infected blood has been a problem in the past. People have acquired the AIDS virus and subsequently AIDS. I must point out the distinction between being infected with the AIDS virus and actually getting the disease AIDS.

• 0940

Many people have been infected; only a few, relatively speaking, have developed the disease AIDS. It is when one gets labelled with the diagnosis of AIDS that the person will die of the disease.

Mr. McCrossan: Mr. Chairman, is it permissible to ask a question of Dr. Read?

The Chairman: Fine with me.

Mr. McCrossan: With regard to the point that you were just making about the difference between the antibody showing up, indicating they have had contact with the virus, and the ultimate development of AIDS, do we have any idea whether it means there is a low incidence of AIDS relative to exposure to the virus or whether it is just indicative of a long incubation period? Either in theory could cause the phenomenon you are describing. Do we know, say, from what is happening in central Africa where, I understand, in some countries the exposure to the virus is as high as 20% of the population, whether there is a very high likelihood that exposure to the virus means ultimate contraction of the disease? Do we know there is a very low take-up of the disease, or do we just not know?

Dr. Read: I think mainly we really do not know for sure and, particularly, we do not have a lot of good evidence from Africa regarding this particular point.

In the North American and European experience, it appears that many people who have been infected with the virus remain stable. This is not only looking at physical, clinical parameters, but also following their immune system. The same is true of the population we have been studying. This would suggest that the majority of people maintain a control over this virus.

As you know, there is evidence to suggest that once infected, always infected, at least for the present experience. But people who have been followed over several years at the present time and who have been infected have normal immune function, which would suggest that they are keeping the virus in check. Now, how long it can go on is unknown.

[Translation]

et environ 1,000 en Europe,—et c'est que le virus ne peut être transmis en fait que de trois façons. Le mode de transmission le plus préoccupant actuellement, et pour l'avenir, est celui de la transmission sexuelle. Le virus est transmis par contacts sexuels directs, non seulement entre homosexuels, qui sont les plus touchés actuellement, mais aussi entre hétérosexuels, de l'homme à la femme et de la femme à l'homme. C'est particulièrement évident dans les pays d'Afrique, et surtout à Haïti et dans les Antilles, où la maladie touche surtout les hétérosexuels. Il y a autant de femmes atteintes que d'hommes. Nous connaissons des cas évidents de transmission hétérosexuelle, surtout aux États-Unis.

Par le passé, la transmission par voie sanguine a posé un problème. Certaines personnes ont contracté le virus du SIDA et, ultérieurement, la maladie. Je dois signaler la différence qui existe entre les deux.

Nombreux sont ceux qui ont ainsi contracté le virus, mais, proportionnellement parlant, rares sont ceux qui ont contracté la maladie. Ce n'est que dès lors que la maladie est effectivement diagnostiquée qu'on peut en mourir.

M. McCrossan: Monsieur le président, pourrais-je poser immédiatement une question au docteur Read?

Le président: Je n'y vois pas d'inconvénient.

M. McCrossan: Quand vous parlez de la différence entre la présence de l'anticorps qui indique un contact avec le virus et l'apparition du SIDA, cela signifie-t-il de façon positive que l'incidence de la maladie par rapport à l'exposition au virus est faible, ou simplement que la période d'incubation est très longue? En théorie, le phénomène que vous décrivez peut s'expliquer des deux façons. Ainsi, à en juger d'après ce qui se passe en Afrique centrale où me semble-t-il, dans certains pays, jusqu'à 20 p. 100 de la population est exposée au virus, savons-nous vraiment si cette exposition au virus signifiera à long terme, selon toute vraisemblance, l'apparition de la maladie? Sommes-nous sûrs que la maladie est lente à apparaître, ou l'ignorons-nous?

M. Read: En fait, je crois que nous n'avons aucune certitude à cet égard et, d'ailleurs, nous n'avons guère de données valables à ce sujet qui nous viennent des pays africains.

D'après ce que nous avons connu en Amérique du Nord et en Europe, il semblerait que beaucoup de gens qui ont contracté le virus restent stables. Je ne parle pas seulement ici de paramètres physiques et cliniques, mais également du système immunitaire. Il en va de même pour la population que nous avons étudiée, ce qui nous porterait à croire que la majorité des gens parviennent à enrayer l'action du virus.

Comme vous le savez, certaines données portent à conclure, du moins d'après ce que nous savons, qu'une fois que le virus est acquis, il reste acquis. Mais il y a des gens qui sont suivis depuis plusieurs années, qui ont contracté le virus et qui ont gardé intactes leurs facultés de protection immunitaire, ce qui porterait à conclure qu'ils ont réussi à enrayer l'action du

[Texte]

Mr. McCrossan: May I just ask one follow-up? Are there any documented cases of transmission from a person who has been exposed to the virus but who has not caught AIDS to a person who subsequently did catch AIDS? This would be the equivalent of Typhoid Mary, I guess.

Dr. Read: It has not been documented, to my knowledge, but it is assumed that it does happen. It is very difficult tracing back contacts in this situation, as you can imagine. Many of these people have had multiple contacts, and you do not quite know which contact was the one. It is assumed that asymptomatic carriers are potentially infectious.

Mr. McCrossan: Okay.

Dr. Read: So as I mentioned, the blood system was a problem. We have large numbers of hemophiliacs who have been infected with the virus because of virus being present in the factor that they need to prevent clotting. In Sick Kids, where we follow some 120 children with hemophilia, somewhere around 50% of our children have been infected with the virus.

Among the adults in Canada, as in the United States, this percentage is higher, somewhere between 70% and 90%.

The one area of blood that remains a problem is, of course, injuries to health care personnel.

The Chairman: Excuse me, Dr. Read. The Chair will have to decide whether we are going to allow a lot of questions during the course of the presentation or not. I will keep a record and then it will cut into our time later, I guess.

Do you wish to ask a question now? Mr. Young.

Mr. Young: As for this high percentage you just mentioned about hemophiliacs, what does it represent in numbers? The percentage sounds very large. What are the numbers attached to those percentages?

Dr. Read: In our hospital, 'Sick Kids' in Toronto, we have information now on 60 of our 120 for whom we have results back. About 30 of them have antibodies. We expect the end result will be the same. It is 60 out of 120, approximately, will have it.

• 0945

The Chairman: Carry on, please.

Dr. Read: Thank you. As I mentioned, injuries to health care personnel remain the problem. To put it in perspective, some 2,000 cases of needle-stick injury have been reported in the United States, Canada or Europe; in fact, more than 2,000. Of those injuries, where there is an injury exposing the health care person to blood from a known infected person, there has

[Traduction]

virus. Toutefois, nous ne savons pas combien de temps ce phénomène peut durer.

M. McCrossan: J'aimerais poser une question complémentaire à la première. Y a-t-il des cas connus de contamination, avec l'apparition ultime de la maladie, par quelqu'un qui aurait été exposé au virus sans toutefois souffrir du SIDA? Cela équivaudrait alors à ce qui se passe parfois dans le cas de la typhoïde.

M. Read: À ma connaissance, il n'y a eu aucun cas comme celui-là, mais on suppose néanmoins que la chose est possible. Il est très difficile, comme vous pouvez vous l'imaginer, de retrouver les contacts dans les cas de ce genre. Très souvent, ces gens ont des contacts multiples, et on ne sait pas trop bien lequel a été la cause. Nous partons donc du principe que les porteurs asymptomatiques peuvent être contagieux.

M. McCrossan: Je vous remercie.

M. Read: Comme je le disais donc, il y a un problème au niveau du système sanguin. Nous comptons énormément d'hémophiles qui ont contracté le virus parce que ce dernier était présent dans la substance qu'il faut leur administrer pour empêcher la coagulation. Aux Enfants malades, nous suivons environ 120 enfants hémophiles, et la moitié environ d'entre eux ont ainsi contracté le virus.

Parmi la population adulte du Canada et des États-Unis, d'ailleurs, ce pourcentage est encore plus élevé, gravitant entre 70 et 90 p. 100.

Un autre secteur à problèmes, parlant du sang, est celui du personnel soignant qui risque de se blesser.

Le président: Excusez-moi, docteur. Nous allons devoir décider si nous allons effectivement permettre aux membres de vous interroger pendant votre exposé. Je vais surveiller la chose et en tenir compte plus tard dans l'attribution du temps de parole.

Monsieur Young, voulez-vous poser une question immédiatement?

M. Young: Vous avez parlé du pourcentage élevé de cas enregistrés chez les hémophiles, mais combien cela représentait-il de cas? Le pourcentage est fort impressionnant, mais qu'en est-il du nombre proprement dit de cas?

M. Read: À Toronto, à l'Hôpital pour enfants malades, nous avons déjà des résultats d'analyse pour 60 de nos 120 enfants hémophiles, et ces résultats montrent qu'une trentaine présentent des anticorps. Nous escomptons que les résultats d'ensemble seront les mêmes, c'est-à-dire environ 60 enfants touchés sur 120.

Le président: Poursuivez, je vous prie.

M. Read: Je vous remercie. Comme je le signalais, reste le problème des blessures du personnel soignant. Pour mettre la chose en perspective, quelque 2,000 cas de blessures occasionnées par une aiguille de seringue ont déjà été signalés aux États-Unis, au Canada et en Europe. En fait, plus de 2,000 cas, pour être précis. Dans les cas de ce genre, lorsque la

[Text]

only been one well-documented case of infection with the virus. No AIDS; no one has developed AIDS; one documented case of infection with the virus. If we compare this to hepatitis B, the chance of getting infected with the virus of hepatitis B following a needle-stick injury, for example, is one in four. You can see that it is a much less infectious virus than, say, hepatitis B.

The other mode of transmission is from mother to baby, if a mother is infected with the virus. In fact, pertinent to your question earlier, a mother who is asymptomatic but infected can pass the virus on through the placenta to her baby, and the baby can get it. It is not quite in the manner we were discussing, but this does happen in that situation. Those are the modes of transmission. Any other mode of transmission, including, particularly, saliva. I bring this up specifically because, as you know, the virus has in fact been isolated from saliva and tears. There is no evidence that saliva has passed it on. There is no evidence for transmission by casual contact with someone infected with the virus.

The spectrum of AIDS has been alluded to includes something like this. An iceberg with only the tip being the actual cases of AIDS, the people who will die of AIDS; and most of it under the water line, just under the surface, are those with signs and symptoms suggestive of an infection with AIDS but not fitting the criteria of AIDS. These are the people with large lymph nodes who are generally well. Then, the largest part of the iceberg are all those individuals who are infected but have absolutely no signs or symptoms and, as far as we know, may be capable of transmitting the virus to others. In the United States, this is estimated at between 500,000 and a million individuals. In Canada, we would guesstimate that perhaps there were 20,000 to 30,000 people in this category alone.

To tell you a bit about our study in Toronto, this is a perspective study where we are looking at the natural history of the disease. We are studying individuals who have had sexual contact with people known to have AIDS or AIDS-related conditions, primarily the enlarged lymph nodes. We are following them on a three-monthly basis, giving them extensive questionnaires that are administered by our personnel, and that includes very detailed sexual histories and a lot of other information. They have a three-monthly physical examination and extensive lab testing to look at their immune system, at their house-defence system. With me are my co-workers, including Dr. O'Shaughnessy, who is from the Lab Centre for Disease Control, who does the antibodies.

The objects of the study are to look at the natural history of infection with the AIDS virus. As you gathered from previous

[Translation]

blessure est susceptible d'avoir provoqué un contact avec le sang d'une personne effectivement atteinte, nous n'avons qu'un seul cas prouvé de contamination par le virus. Je ne parle pas de la maladie, car personne n'a encore contacté le SIDA, mais nous connaissons par contre un cas certain de propagation du virus. Si nous comparons cela à l'hépatite B, les possibilités de contracter le virus de l'hépatite B à cause d'une piqûre d'aiguille infectée sont d'une sur quatre. Vous voyez donc que notre virus est beaucoup moins virulent que celui, mettons, de l'hépatite B.

Un autre mode de contagion est celui de la mère qui transmet le virus à son bébé. D'ailleurs, pour en revenir à votre question antérieure, une mère asymptomatique, mais ayant le virus, peut transmettre ce dernier au fœtus via le placenta et, ainsi, le bébé peut à son tour contracter le virus. Cela sort un peu du cadre de la discussion, mais ce sont des cas qui se produisent. Voilà donc les modes de contagion. Des milliers d'études de cas n'ont pas permis d'en découvrir d'autres, et au nombre desquels, d'ailleurs, la salive. Je vous en parle expressément, car vous savez que le virus a été découvert dans la salive et dans les larmes, mais rien ne nous permet de conclure qu'il se transmet par la salive. Rien ne permet également de conclure que le virus puisse être transmis à l'occasion d'un contact occasionnel avec une personne atteinte.

On dit souvent que le SIDA ressemble un peu à un iceberg dont l'extrémité émergée et donc visible serait le nombre de cas connus, les gens qui vont en mourir; tout ce qui se trouve juste sous la surface, ce sont les gens qui présentent des manifestations et des symptômes qui porteraient à croire qu'ils ont le SIDA, mais qui ne correspondent pas aux critères de la maladie, et ce sont en l'occurrence les gens qui présentent une hypertrophie des ganglions lymphatiques, mais qui sont, d'une façon générale, en bonne santé. On trouve ensuite, et c'est là une grosse partie de l'iceberg, tous ceux qui ont contracté le virus, mais qui ne présentent absolument aucune manifestation ni symptôme de la maladie, mais qui, à notre connaissance, risquent de transmettre le virus à autrui. Aux États-Unis, on estime qu'il y a entre 500,000 et un million de gens qui entrent dans cette catégorie. Au Canada, c'est une conjecture, il y en a peut-être de 20 à 30,000.

Pour vous expliquer un petit peu ce que nous faisons à Toronto, il s'agit d'une étude en perspective qui porte sur l'évolution naturelle de la maladie. Nous étudions des gens qui ont des relations sexuelles avec des victimes connues du SIDA, ou des gens qui ont des symptômes corollaires, du genre hypertrophie des ganglions lymphatiques. Nous suivons ces gens-là tous les trois mois, nous leur donnons à remplir de copieux questionnaires qui sont dépouillés par nos collaborateurs et où ils font état dans le plus petit détail de leurs antécédents sexuels, par exemple. Tous les trois mois, ils subissent un examen médical, et nous analysons de façon très poussée, en laboratoire, leur système immunitaire, leur système de défense naturelle. Parmi les collaborateurs qui m'accompagnent se trouve d'ailleurs le Dr O'Shaughnessy, qui travaille au laboratoire d'épidémiologie, qui étudie les anticorps.

Cette étude, donc, vise à préciser l'évolution naturelle d'une affection par le virus du SIDA. Comme vous l'avez déjà

[Texte]

comments, there is not much known about this at the present time. One of the factors related to exposure and infection with the AIDS virus ... in other words, if you are exposed to someone with the virus, are you going to get it? What are the chances of getting it? How infectious is it? What are the factors related to the development of either an AIDS-related condition, known as ARC, or AIDS itself, after exposure to the virus? This type of information is being gathered. Some of it is not available at this time. The study has been going on for about a year, and not all of this has been put together, even in a preliminary fashion. What we will be doing is following these people for three years after their sexual contact with someone with AIDS or ARC.

• 0950

We have recruited 248 of these sexual contacts, and this will be our group, our cohort, that we will be following. Of the recruits, 51% had contact with someone with AIDS, and 49% with someone with ARC. It is about equal.

As I mentioned, we are following them every three months, with the interview, the history and physical, the tests of immune system and in addition, we are saving samples, frozen away for future use if we find the need, including saliva, urine, semen, feces, lymphocytes and serum.

Mr. McCrossan: Have you determined that all of these people are showing the AIDS antibodies, given the test?

Dr. Read: I will show you in a minute. Also, they are having the antibody determination for the virus of AIDS, HTLV-3 serology.

What we consider outcomes in these individuals are, if they develop antibodies to the virus in the three-year period, if they develop an AIDS-related condition, which is, as I have mentioned, usually enlarged lymph nodes, or if they actually develop AIDS itself, as defined by the Centre for Disease Control.

At the time of induction, when we saw these people for the first time, this was the antibody status. We had results when we put this together for 188 of the 248 individuals. Perhaps I could mention at this time that the reason we did not have the results back from the full number is that the lab here was so overloaded, trying to do these tests for the whole country, that they were months behind. I would also like to point out that the whole lab centre for disease control has not had one extra body added to any of their departments since this whole AIDS crisis began. They have coped very well, I must say, up to the present, but it is getting desperate.

Of the 188 results we have available, 111 or 59% were positive. About 60% of the individuals recruited, who were healthy individuals, had evidence of infection with the AIDS virus at the time of recruitment.

[Traduction]

compris, nous en connaissons fort peu pour l'instant à ce sujet. L'un des facteurs liés au contact et à l'infection par le virus ... en d'autres termes, si vous êtes en contact avec quelqu'un qui a le virus, comment allez-vous l'attraper? Quelles sont vos chances de le contracter? Jusqu'à quel point est-il contagieux? Quels sont les facteurs liés à l'apparition soit d'un état de type SIDA, soit du SIDA proprement dit, après un contact avec le virus? Nous réunissons donc ces données, dont certaines ne sont pas encore disponibles. L'étude a commencé il y a environ un an, et nous n'avons pas encore fini d'en compiler les résultats, même de façon préliminaire. Nous allons suivre ces personnes pendant les trois années qui suivent leur contact sexuel avec un partenaire atteint du SIDA ou d'une ARS.

Nous avons recruté 248 personnes dans cette situation, qui vont donc constituer notre échantillon. Parmi ces recrues, 51 p. 100 avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire atteint du SIDA, et 49 p. 100 avec un partenaire atteint d'une ARS. Donc, c'est à peu près moitié-moitié.

Comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure, nous les suivons tous les trois mois, en leur faisant subir une entrevue, un examen médical et des tests du système immunitaire; de plus, nous prélevons des échantillons de salive, d'urine, de sperme, de selles, de lymphocytes et de sérum, au cas où cela nous servirait par la suite.

M. McCrossan: Avez-vous déterminé, à la suite de ce test, si toutes ces personnes ont des anticorps du SIDA?

Dr Read: Je vais vous le montrer dans un instant. On détermine également leurs anticorps du virus du SIDA, soit la sérologie HTLV-3.

Dans le cadre de cette étude, nous considérons que ceux qui sont atteints du SIDA sont ceux qui révèlent des anticorps du virus au cours de cette période de trois ans, qui montrent des symptômes d'une affection reliée au SIDA, notamment, comme je l'ai mentionné, le gonflement des ganglions lymphatiques, ou qui ont réellement les symptômes du SIDA, tels que déterminés par le Centre de contrôle des maladies.

Lors de la première entrevue, nous déterminons le nombre d'anticorps de l'individu, et nous avons pu obtenir les résultats de 188 individus sur 248. Je me dois de vous signaler ici que, si nous n'avons pas les résultats de la totalité, c'est parce que le laboratoire est tellement surchargé de travail, puisqu'il s'occupe des tests administrés dans l'ensemble du pays, qu'il a accumulé des mois de retard. Je me permets également de vous faire remarquer que le Centre de contrôle des maladies n'a pas reçu une seule année-personne supplémentaire, dans aucun de ses services, depuis que le problème du SIDA a commencé à faire ses ravages. Jusqu'à présent, le personnel du centre a remarquablement fait face à cette augmentation du volume de travail, mais la situation devient désespérée.

Sur les 188 résultats que nous avons obtenus, 111, soit 59 p. 100, étaient positifs. Environ 60 p. 100, donc, des individus que nous avons recrutés, qui étaient sains au départ, ont révélé des symptômes de contamination par le virus du SIDA lors de la première entrevue.

[Text]

This slide is a little bit complicated, but this shows that we have seen outcomes, even in the relatively short time we have followed these individuals. If you look across the top row of 209 individuals, the top column on the right, 209 individuals who were totally normal at the time we first saw them, 146 were still normal three months later, in some cases six months later, but 22 had developed enlarged lymph nodes in a three- to six-month period, and in fact, one individual who was totally normal at induction, six months later had gone on to develop actual AIDS by the criteria set forth.

The 40 listed under unknown are 40 who have not yet had their first follow-up.

There were 39 who actually had some lymph nodes at the time we first saw them. Of those 39, on second or third visit, four of them had normal lymph nodes; in other words, we do not know what the cause of the swelling was, but it was presumably not AIDS-related.

Eighteen had persistent enlarged lymph nodes, and three of the 39 had gone on to develop AIDS. In our follow-up at present, of 248 patients, individuals we have been following in the study, within less than a year four have actually developed the disease AIDS, and forty have developed enlarged lymph nodes.

• 0955

I am not going to go into a lot of detail in this slide and the next, but these are examples of the tests we do for looking at the immune system in these individuals. Basically what I want to point out is that there is a difference in the groups, depending on whether or not they have evidence of infection.

The first column is antibody negative and the second column is antibody positive but perfectly healthy as far as we can tell. The third column is antibody positive with enlarged lymph nodes. This particular slide shows us the numbers of lymphocytes, cells of the immune system, and particularly, the cells infected by the virus. The numbers in the first column are perfectly normal numbers. This is different from healthy homosexual individuals who have no antibody have already got abnormalities in their immune system. In our group, the healthy homosexuals without antibody have normal numbers of lymphocytes in their immune system.

You see a trend. If you just look at the top row, for example, you will see 34% T4 cells in the antibody negatives, a drop to 26% in ones that have antibodies—there is already a change—and a further drop to 21% if they have developed symptoms, enlarged lymph nodes. The trend at the bottom which is often talked about is the ratio—the T cell subsets, T helper, T suppressor—which drops from 1.7 to 0.9 to 0.6.

[Translation]

Cette diapositive est un peu compliquée, mais elle montre que le SIDA s'est déclaré chez plusieurs personnes, même pendant la période relativement brève pendant laquelle nous avons suivi ces individus. La colonne du haut montre, à droite, que sur 209 individus parfaitement normaux lors de la première entrevue, 146 l'étaient toujours trois mois plus tard, et même parfois six mois plus tard, mais 22 ont révélé des ganglions lymphatiques anormalement gonflés au cours de cette période de trois à six mois; en fait, un individu, qui était parfaitement normal lors de la première entrevue, était, six mois plus tard, véritablement contaminé par le SIDA, selon les critères établis à cet effet.

Les 40 de la colonne des inconnus correspondent aux individus qui n'avaient pas encore eu leur seconde entrevue.

Sur ce nombre, 39 avaient les ganglions lymphatiques un peu enflés lors de la première entrevue. À la deuxième ou troisième visite, quatre d'entre eux avaient des ganglions normaux; en d'autres termes, nous ignorons quelle était la cause de ce gonflement, mais il n'était certainement pas dû au SIDA ou à une ARS.

Chez 18 individus, les ganglions lymphatiques sont restés enflés, et trois personnes sur les 39 ont fini par être contaminées par le virus du SIDA. À l'heure actuelle, sur les 248 individus de l'échantillon, quatre ont été réellement contaminés par le virus du SIDA en moins d'un an, et 40 ont révélé un gonflement des ganglions lymphatiques.

Je ne vais pas entrer dans les détails de cette diapositive et de la suivante, mais ce sont des exemples des tests que nous faisons pour évaluer le système immunitaire de ces individus. Je veux essentiellement vous montrer ici qu'il y a une différence entre les groupes, selon qu'ils ont révélé des symptômes de la contamination par le virus du SIDA.

La première colonne indique les anticorps négatifs, et la seconde, les anticorps positifs; il s'agit cependant, à notre avis, d'individus parfaitement sains. La troisième colonne concerne les individus révélant des anticorps positifs et un gonflement des ganglions lymphatiques. Cette diapositive vous montre le nombre de lymphocytes, qui sont des cellules du système immunitaire, et notamment, les cellules contaminées par le virus. Les chiffres de la première colonne montrent que ces individus sont parfaitement normaux, ce qui contredit des études réalisées aux États-Unis, qui indiquent que des homosexuels sains qui n'ont pas d'anticorps révèlent déjà des anomalies de leur système immunitaire. Dans notre groupe, les homosexuels sains n'ayant pas d'anticorps ont un nombre normal de lymphocytes dans leur système immunitaire.

Vous voyez ici une tendance. Sur la ligne du haut, par exemple, vous voyez qu'il y a 34 p. 100 de cellules T4 dans les anticorps négatifs, 26 p. 100 chez ceux qui ont des anticorps, ce qui est déjà un changement, et 21 p. 100 chez ceux qui manifestent déjà certains symptômes, notamment le gonflement des ganglions lymphatiques. En bas, vous avez ce quotient dont on parle souvent, soit les différentes composantes de la cellule T, le lymphocyte T inducteur et le lymphocyte T

[Texte]

Another set of parameters, mitogen responses, shows essentially the same thing. The responses are normal without antibody, slightly depressed with antibody and more depressed with antibody and enlarged lymph nodes. Basically those are the findings we see no matter which parameters we look at.

Finally, in summary, in spite of sexual contact with individuals with known AIDS or known ARC, infection with the AIDS virus does not necessary occur. In fact, only about 60% at this time seem to have become infected. To date, rates of development of clinical outcome, since last sexual contact with primary cases show that the ones who developed AIDS-related conditions or enlarged lymph nodes in the period prior to enrolment—between the time of contact and the time that we first saw them—there were 19.2 cases who developed enlarged lymph nodes per 100 sexual contacts. The number is essentially the same from the time we started to follow them to the present, with 19.4 cases developing enlarged lymph nodes per 100 contacts. Individuals developing AIDS, 1.4 cases per 100 sexual contacts.

The estimated numbers at the conclusion of this study are that we will see 144 of the 248 develop enlarged lymph nodes and 10 of the total actually developing AIDS.

Finally, as I have mentioned, our immune homosexuals who have no evidence of infection with the virus of AIDS, have normal immune systems, but we start seeing abnormalities even in individuals who have been infected who have no symptoms and certainly dramatic changes in individuals who start to manifest systems such as enlarged lymph nodes.

The Chairman: Thank you, Dr. Read. I appreciate your enthusiasm, Mr. McCrossan, but we may have to give some others a chance first. Mr. Young, you had a short question. Do you wish to proceed for about two minutes?

• 1000

Mr. Young: Yes. I do not think it needs too many questions, because I think the committee has a fair grasp. Thanks very much for your presentation.

I have just one and it is with reference to your comment about the lack of research capability, which has not presented a problem to date, outside of the delays you spoke about. How much more money do you think would be required to handle that research capability adequately? And whether you see any more money on the horizon for that needed research?

Dr. Read: It is a very difficult question for me to answer, not knowing a lot about the financial end of things. Certainly, one example of a pressing need is the facility across the country in the major centres to be able to isolate and identify the AIDS virus; until we can do that, we cannot reasonably start on drug trials.

[Traduction]

suppresseur; ce quotient passe de 1,7 à 0,9, pour chuter ensuite à 0,6.

Passons maintenant à une autre série de paramètres, soit les réactions mitogènes, qui donnent essentiellement les mêmes résultats. Les réactions sont normales en l'absence d'anticorps, légèrement affaiblies en présence d'anticorps et plus affaiblies en présence d'anticorps et de ganglions lymphatiques enflés. Voilà donc les résultats que nous avons constatés, quels que soient les paramètres considérés.

On peut donc affirmer, en résumé, que malgré des relations sexuelles avec des partenaires atteints du SIDA ou d'une ARS connue, la contamination par le virus du SIDA ne se produit pas automatiquement. En fait, cela ne s'est produit que dans 60 p. 100 des cas, jusqu'à présent. Pendant la période qui s'est écoulée entre le contact sexuel avec un partenaire atteint du SIDA et la première entrevue, 19,2 p. 100 des individus ont révélé un gonflement des ganglions lymphatiques. Ce chiffre reste à peu près inchangé pendant la période allant de la première entrevue jusqu'à aujourd'hui, puisqu'il passe à 19,4 p. 100. Pour ce qui est du SIDA, cette maladie se déclare dans 1,4 cas sur 100 contacts sexuels.

Nous prévoyons qu'à la fin de l'étude, 144 des 248 individus révéleront un gonflement des ganglions lymphatiques, et 10 seront atteints du SIDA.

Enfin, nos études du système immunitaire indiquent que les individus de notre échantillon, c'est-à-dire des homosexuels ne présentant aucun symptôme de contamination par le virus du SIDA, ont des systèmes immunitaires normaux, mais que nous commençons à constater certaines anomalies même chez les individus qui ont été contaminés, mais qui n'ont pas de symptômes, et encore plus d'anomalies chez ceux qui commencent à manifester certains symptômes, comme le gonflement des ganglions lymphatiques.

Le président: Merci, docteur Read. Je vous sais gré de votre enthousiasme, monsieur McCrossan, mais je pense qu'il y en a d'autres qui attendent. Vous aviez une brève question, monsieur Young. Je vous accorde deux minutes?

M. Young: Très bien. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de questions qui soient nécessaires. Le Comité comprend très bien de quoi il s'agit. Merci de votre exposé.

Je voudrais simplement revenir sur un point que vous avez mentionné: le manque d'installations de recherches. Le seul inconvénient semble être certains retards. Il faudrait combien d'argent pour avoir des installations adéquates? Et quelles sont les perspectives actuellement en vue de combler ce besoin?

Dr Read: Il m'est très difficile de répondre à cette question, parce que je ne connais pas très bien l'aspect financier de cette activité. Un besoin urgent est certainement la possibilité, dans tous les grands centres du pays, d'isoler et d'identifier le virus du SIDA. Il faut avoir cette possibilité avant d'envisager raisonnablement de procéder à des essais de médicaments.

[Text]

We have three drugs presently approved for whether or not it can stop the virus. Until we can grow the virus, we cannot know that. There are currently three labs in Canada with the capability. Two of those are in Montreal, as research labs. One has recently been set up at LCDC, but they do not have the personnel to do viral isolation for studies across the country. Each of those labs would cost in the range of, I guess, \$500,000 to set up initially—each one. That is just one example of a need.

Mr. Young: Is that for the physical . . . ?

Dr. Read: For the physical.

Mr. Young: Not the research.

Dr. Read: That primarily is equipment, getting the containment facility built and so on.

The Chairman: Thank you, Mr. Young. Dr. Marin and Mr. White, you were both here early and you gave us the quorum. Do you wish to ask any questions? Mr. White?

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman. I would also like to thank you for your presentation, Dr. Read. You mentioned at the beginning that it was very difficult to vaccinate for a slow virus. I would be interested to hear why, if there is a short answer to that question.

Dr. Read: It is because the virus changes. It is much like influenza virus in that it undergoes something that is called antigenic drift, and as you probably know we are always at least a year behind in the influenza virus even though we have vaccines. If the virus does a major shift then it will bypass the current vaccine completely, and this is what happens with this class of virus. They keep changing, so although you might think you have the vaccine that is going to do it, the virus could easily make a jump past it.

Mr. White: Thank you.

The Chairman: Mr. Lesick.

Mr. Lesick: Thank you very much, Mr. Chairman. Dr. Read, I would like to ask you a question about the transmission of the virus. You say via the semen. It goes through the vaginal membrane. Is that correct?

Dr. Read: It is presumed that it goes through tears. We think that probably in all forms of sexual activity, there are microscopic openings in the skin or mucus membranes. The virus cannot go through intact skin and . . .

The Chairman: Or mucus membranes?

Dr. Read: As far as we know, no.

Mr. Lesick: Well, a witness last week felt it may go through the membrane of the rectum, whether there was a tear there or not. Now, this is why I am asking about the vaginal . . . or the infected semen, and the virus going through the membrane, or

[Translation]

Nous avons actuellement trois médicaments approuvés pour fins d'étude, mais l'essai ultime consiste à déterminer si le médicament peut stopper ou non le virus. Pour procéder à cet essai, il nous faut pouvoir cultiver le virus. Il y a actuellement trois laboratoires au Canada qui ont cette capacité. Il y en a deux à Montréal, et ce sont des laboratoires de recherches. Il y a des installations qui ont été ajoutées récemment au laboratoire de lutte contre la maladie, mais il n'y a pas là le personnel nécessaire pour faire l'isolement du virus aux fins d'études un peu partout au pays. Chacun de ces laboratoires coûte environ 500,000\$ à établir. C'est simplement un exemple des besoins.

M. Young: Vous voulez parler des installations elles-mêmes?

Dr Read: En effet.

M. Young: Ce montant n'inclurait pas la recherche proprement dite.

Dr Read: Ce serait pour le matériel, les locaux, et d'autres choses semblables.

Le président: Merci, monsieur Young. Monsieur Marin et monsieur White, vous étiez là très tôt, et c'est vous qui nous avez permis d'avoir le quorum. Vous voulez poser des questions? Monsieur White?

M. White: Merci, monsieur le président. Je remercie également le Dr Read de son exposé. Vous avez indiqué plus tôt qu'il était très difficile de vacciner contre un virus lent. Je serais curieux de savoir pourquoi, brièvement, si c'était possible.

Dr Read: Parce que le virus change constamment. Il ressemble beaucoup au virus de la grippe, en ce sens qu'il provoque une maladie infectieuse provisoire. Comme vous le savez sans doute, nous sommes toujours un an en retard avec nos vaccins pour ce qui est du virus de la grippe. Si le virus change de façon importante, il peut contourner tout effet du vaccin qui a été donné. C'est ce qui se passe de façon générale avec ce genre de virus. Il change constamment, de sorte que lorsque vous pensez que vous avez un vaccin efficace, le virus peut le contourner facilement.

M. White: Merci.

Le président: Monsieur Lesick.

M. Lesick: Merci beaucoup, monsieur le président. Je voudrais vous poser une question au sujet de la communication du virus, docteur Read. Vous affirmez qu'il se transmet par le sperme. Il pénètre la membrane vaginale. C'est juste?

Dr Read: Il est censé être capable de passer par des déchirures. Nous pensons que dans presque toutes les formes d'activités sexuelles, il se produit des failles microscopiques dans la peau ou les muqueuses. Le virus ne peut pas pénétrer la peau intacte . . .

Le président: Ou les muqueuses?

Dr Read: À notre connaissance, non.

M. Lesick: Nous avons entendu, la semaine dernière, un témoin qui nous a affirmé que le virus pouvait pénétrer la membrane du rectum, qu'il y ait déchirure ou non. C'est pourquoi je vous pose la question au sujet de la membrane

[Texte]

would it be, shall we say, a minute tear within the vagina or even the rectum?

Dr. Read: My perception of it, and the answer is not entirely clear; no one really knows. But the only logical way, as far as I am concerned, is there has to be an opening for it to get in. It is a basic infectious disease, principally. Most viruses and bacteria just do not go through the intact membranes.

Mr. Lesick: All right. But you mentioned through tears and saliva, there is no transmission, to the best of your knowledge at this time—and yet there is through these other orifices. Now, do you have any explanation?

• 1005

Dr. Read: Again, I think it is the fact that there is an opening, as a result of the sexual activity, causing often minor tears and abrasions that people are not even aware of, microscopic openings, and probably a factor of a critical minimal number of particles. In other words, this has not been quantified yet, but I would expect that there are large numbers of particles in semen and in blood, relatively few in saliva and tears.

With regard to saliva, it is relatively uncommon to have a very fresh break in the skin—mucus membrane surrounding the mouth, for example. It would be unlikely to have access there. Because of the fact that we heal up cuts and abrasions very quickly—even though they might look relatively fresh and raw, the fact is the blood vessels seal themselves off quickly—it has to be a fresh break.

Mr. Lesick: Therefore, you are suggesting that it is through breaks in the skin, whether it is in the rectum, whether it is in the vagina or on the hand or arm. That is how you are suggesting that this virus is transmitted, and that is why it is not transmitted through tears or saliva.

Dr. Read: Yes.

The Chairman: Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: I have three questions. First of all, you gave some statistics as to what you thought would happen at the end of your study... How long is your study? Are these ultimate figures? Is this at the end of three years, at the end of five years, at the end of ten years?

Dr. Read: The current plan is to study individuals for three years following the contact. So for example, if they entered our study a year after the contact, we would follow them for an additional two years. Now, we do not feel that is necessarily a finite point in the study. If we feel a need to go on, if we think we can learn more by following them further, which we may very well do, then we certainly will apply to continue the study.

Mr. McCrossan: The virus is new in North America, but the incidents heterosexually that you have mentioned are quite

[Traduction]

vaginale... à savoir si le sperme contaminé ou le virus pourrait pénétrer, ou encore à savoir s'il faudrait absolument une déchirure minuscule au vagin ou au rectum.

Dr. Read: La réponse à cette question est loin d'être claire. Personne ne le sait au juste. En ce qui me concerne, la seule façon logique pour le virus de pénétrer est par une déchirure quelconque. Essentiellement, c'est une maladie infectieuse. La plupart des virus et des bactéries ne peuvent pas pénétrer les membranes intactes.

M. Lesick: Très bien. Vous avez indiqué que, selon tous les renseignements disponibles actuellement, le virus ne pouvait pas se communiquer par les larmes ou la salive. Malgré tout, il semble y avoir contamination par ces autres orifices. Vous avez une explication?

Dr. Read: Encore là, c'est parce qu'il y aurait une ouverture qui se produirait, par suite de l'activité sexuelle. Il y aurait des déchirures et des abrasions minuscules, décelables seulement au microscope, et probablement un minimum critique de particules. En d'autres termes, les quantités n'ont pas encore été établies, les particules seraient nombreuses dans le sperme et dans le sang, et relativement peu nombreuses dans la salive ou les larmes.

En ce qui concerne la salive, il est relativement rare de constater des fissures très fraîches au niveau de la peau ou des muqueuses situées autour de la bouche. Le virus a peu de chance de pénétrer à cet endroit. Nos coupures et nos abrasions à cet endroit guérissent très rapidement, même si elles peuvent sembler à première vue très fraîches. Les vaisseaux sanguins à ce niveau se referment d'eux-mêmes très rapidement. Or, il faut que la fissure soit fraîche.

M. Lesick: Donc, il faut qu'il y ait des fissures sur l'épiderme, que ce soit au niveau du rectum, du vagin, ou encore que ce soit au niveau de la main ou du bras. Selon vous, c'est ainsi que le virus se transmet, et c'est la raison pour laquelle il n'a pas tellement de chance au niveau des larmes ou de la salive.

Dr. Read: En effet.

Le président: Monsieur McCrossan.

Mr. McCrossan: J'aurais trois questions à vous poser. D'abord, vous nous avez donné certaines indications quant au résultat définitif de votre étude... combien de temps durera votre étude? Les chiffres que vous nous avez cités sont-ils définitifs? Ils valent pour une période de trois ans, de cinq ans ou de dix ans?

Dr. Read: On projette de suivre les personnes pendant trois ans après le contact. Si elles ont été incluses dans notre étude un an après le contact, nous les suivrons pendant deux ans encore. Notre étude ne s'arrêtera cependant pas nécessairement là. Si nous avons des raisons de continuer, si nous pensons pouvoir apprendre quelque chose de plus, ce qui pourrait très certainement se produire, nous poursuivrons.

M. McCrossan: Le virus est relativement nouveau en Amérique du Nord, mais le nombre de cas que vous avez

[Text]

severe in Africa. Is there evidence that in fact it was endemic in Central Africa for some time, and does that suggest that there may be some natural cures?

Dr. Read: The current evidence, which is from antibody testing in Africa, suggests that the virus, as we know it, is new there too. There is some preliminary evidence that suggests that there may have been a similar but not identical virus present, which is one possibility. The other possibility is that it came from a similar virus that infects monkeys. But in terms of antibodies that react strongly with the test systems that we have, those antibodies are not present in serum of Africans prior to about the mid 1970s.

Mr. McCrossan: When you are developing a drug with a rapidly mutating virus, presumably what you have to do is get something that hooks onto part of the chemical structure of the drug. If it is mutating quickly, are there some characteristics that are not changing quickly that suggest areas of looking for drugs?

Dr. Read: I was just reading some preliminary reports from three centres in the United States, and two of them in particular suggested that there was a region that seemed to be preserved in the isolates studied so far, which would be hopeful in terms of, as you suggest, latching onto that particular thing that does not change so much. If indeed it does have a region that is fairly stable, then that is good, and that would be a good prospect for a vaccine.

I would just like to point out the distinction between that as a vaccine, which is really the answer to solving the problem, versus the treatment area, where we are talking about trying to stop the virus from causing damage in somebody who has already been infected. It is like the old barn door and the horse story. It is always difficult to intervene at that stage, and particularly with viruses, where we are notoriously bad at having treatments available.

• 1010

The Chairman: Any questions? You have five minutes. Mrs. Browes, I am sorry.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. My question relates to the comment that you had concerning statistics of getting information back. You were saying that an organization to which you were sending information was experiencing a delay in getting information back. What was the group you sent the information to?

Dr. Read: It is the Lab Centre for Disease Control.

Mrs. Browes: Right. Now in order for us to make recommendations from the standing committee here, what would be your comment to this committee concerning increased resources to the Lab Centre for Disease Control in order to deal with the kinds of workload or the kinds of information that is flowing to the disease control lab?

[Translation]

mentionnés chez les hétérosexuels est très élevé en Afrique. Y a-t-il des raisons de croire que la maladie était endémique en Afrique centrale pendant un certain temps? De là, faut-il supposer qu'il existe un remède naturel quelconque à la maladie?

Dr Read: D'après les derniers renseignements que nous avons, les tests d'anticorps que nous avons effectués en Afrique, tout porte à croire que le virus est nouveau à cet endroit également. Il y a certains éléments qui laissent croire à première vue qu'il aurait pu y avoir un virus similaire, mais non identique. Une autre possibilité serait que le virus serait issu d'un virus similaire chez les singes. Il reste que pour les anticorps qui se manifestent de façon très claire au moyen des tests que nous effectuons, ils n'étaient pas présents dans le sérum des Africains avant le milieu des années 70 environ.

M. McCrossan: Lorsque vous voulez mettre au point un médicament contre un virus qui se modifie rapidement, vous cherchez un élément qui pourra réagir à la composition chimique du médicament. Même si le virus se modifie rapidement, y a-t-il certaines caractéristiques plus permanentes qui vous permettent d'orienter votre recherche de médicaments?

Dr Read: Je lisais justement des rapports préliminaires de trois centres situés aux États-Unis. Deux d'entre eux semblent croire qu'il y a un groupement qui revient dans les produits isolés étudiés jusqu'à présent. Ce serait peut-être là les caractéristiques permanentes qui permettraient de s'attaquer au virus. S'il y a un groupement qui est assez stable, c'est une bonne nouvelle en vue de la recherche d'un vaccin vraiment efficace.

Je voudrais ici faire la distinction entre le vaccin, qui serait le moyen le plus efficace de résoudre le problème, et le mode de traitement, qui est destiné à stopper les dommages causés par le virus chez une personne déjà contaminée. Il est trop tard pour parler de vaccin. À ce stade-là, il nous est très difficile d'intervenir, surtout avec un virus reconnu pour résister aux diverses méthodes de traitement.

Le président: Y a-t-il d'autres questions? Je m'excuse, madame Browes, pour cinq minutes.

Mme Browes: Merci, monsieur le président. Ma question a trait à ce que vous disiez au sujet de la communication de l'information. Si je comprends bien, il y a un organisme qui met du temps à vous répondre. Quel est cet organisme?

Dr Read: C'est le laboratoire de lutte contre la maladie.

Mme Browes: En vue de permettre à ce Comité permanent de faire des recommandations, pouvez-vous indiquer quelles seraient les ressources accrues dont aurait besoin ce laboratoire de lutte contre la maladie pour effectuer le travail qu'on attend de lui ou pour évaluer l'information qu'on lui envoie?

[Texte]

Dr. Read: The lab is absolutely crucial in the whole problem. In other words, they are central to the organization of what is going on around the country as a reference centre for setting up other labs to do the testing in other provinces and so on. They really have the basic expertise and they have been doing a very good job. But the amount of work has grown enormously. They need more people in the area of epidemiology to follow what is really happening with this, how it is spreading, and how to stop it.

They need people in the area of education, which has to be one of the big drives in this whole thing. People need to be informed about the problem. It is not going to go away. We have to deal with it. They need to know what it is like. People are generally terrified because it is new and they think that there is something really horrendous about this new unknown. For many of the diseases we have lived with all our lives and our parents before us and so on, we still know less about them than we do about AIDS already. Some of them are no less lethal.

However, I think things have to be put into perspective so people realize that there are similarities here to other things. This is basically a sexually transmitted disease. Our blood system is safe. This has been put into place. People are going to have to rethink their sexual attitudes and their sexual activities. With increasing numbers of different sexual partners, no matter who they are, there is an increasing chance of coming across the virus of AIDS as well as other sexually transmitted diseases. Education is extremely important for these kinds of things.

Then there is the actual lab work. The reference for the antibody testing is done around the country. They are helping to train and supervise the test systems to make sure that all the centres are doing the work well and accurately and that the results can be relied upon and so on. They do this kind of surveillance and also there is a reference centre for virus isolation and a centre for reference for potential vaccine development, if we have people in the country who are interested in looking in this direction and so on.

Mrs. Browes: Would you care to speculate on how many more persons we would need to go into the disease control lab in order to have the kind of information flowing out that you would say would be optimum?

Dr. Read: It would be very difficult for me to speculate on. I think they have developed a suggested future expansion recommendation themselves, which I have not seen. So I do not know what they are thinking in terms of it. But it is certainly well within the area of 10 or 20 people in various sections and maybe even some new subsections. Perhaps there should even be an area within it that deals only with AIDS and AIDS-related problems.

Mrs. Browes: Thank you very much, Dr. Read.

[Traduction]

Dr Read: Le laboratoire est un élément absolument essentiel du système. C'est l'organisme central. Il sert de point de référence pour tout le pays, en ce qui concerne l'établissement de laboratoires en vue des tests effectués dans les diverses provinces, et tout le reste. C'est ce laboratoire qui a les experts nécessaires. Il a fait un très bon travail jusqu'ici. Cependant, son fardeau s'est accru considérablement. Il a besoin d'un personnel plus nombreux dans le domaine de l'épidémiologie, afin de se tenir au courant des derniers événements, de suivre la progression de la maladie et de la stopper.

Il lui faut également du personnel dans le domaine de l'éducation, qui a une importance considérable dans le contexte actuel. Les gens doivent être informés de la situation. Le problème ne va pas se régler de lui-même. Il nous faut y trouver une solution. Il faut que les gens sachent de quoi il s'agit exactement. Ils sont terrifiés, de façon générale, du fait que c'est un problème nouveau. Ils supposent un tas de choses horribles. Il reste que nous en savons moins au sujet de maladies avec lesquelles beaucoup d'entre nous ont vécu toute leur vie, ou leurs parents avant eux, que nous en savons déjà au sujet du SIDA. Et certaines de ces maladies sont tout aussi dangereuses.

Il faut situer le problème dans son contexte véritable, de façon à ce que les gens comprennent qu'il y a des points de comparaison avec d'autres maladies. Dans ce cas-ci, il s'agit essentiellement d'une maladie transmise sexuellement. Notre réseau sanguin n'est pas menacé. Il faut que ce soit bien compris. Les gens doivent repenser leurs attitudes et leurs habitudes face à l'activité sexuelle. Avec la multiplication des partenaires sexuels, quels qu'ils soient, les risques de contact avec le virus du SIDA, comme avec d'autres maladies transmises sexuellement, s'accroissent. Donc, l'éducation est un aspect très important de la solution au problème.

Il y a également le travail en laboratoire. Les tests d'anticorps sont confiés aux laboratoires un peu partout dans le pays. Le laboratoire central doit veiller à la formation et à la surveillance du dispositif, de façon à s'assurer que tous les centres font un travail adéquat et que les résultats qu'ils produisent sont sûrs. Voilà donc ce que fait le laboratoire central, qui a en plus un centre de référence pour l'isolement du virus et un centre de référence pour la recherche d'un vaccin possible, s'il y a des chercheurs au pays qui sont intéressés par ce genre de travail.

Mme Browes: Nous aurions besoin de combien de personnes de plus à ce laboratoire de lutte contre la maladie pour en tirer le maximum au niveau de l'information?

Dr Read: Je ne suis pas tellement en mesure de vous le dire. Je pense que le laboratoire a lui-même recommandé un certain nombre de choses en vue d'une expansion possible. Je n'ai pas eu l'occasion de voir ces recommandations. Je ne pourrais pas vous en parler. Je suppose qu'il faudrait compter au moins une dizaine ou une vingtaine de personnes pour les sections existantes et pour de nouvelles sous-sections. Il pourrait même y avoir une section qui traite exclusivement du problème du SIDA et des problèmes reliés.

Mme Browes: Merci beaucoup, docteur Read.

[Text]

Mr. Lesick: Is AIDS an epidemic?

Dr. Read: AIDS is definitely an epidemic. By definition, the occurrence of any number of cases of a particular disease greater than what is expected is an epidemic. Since it is a new disease, even one case is an epidemic.

• 1015

Mr. Lesick: It is fatal.

Dr. Read: AIDS, as diagnosed by the criteria of CDC, is fatal. Infection with the AIDS virus . . . we do not know about the final outcome but we presume that only a few of those will actually develop the fatal illness.

The Chairman: Dr. Read, on behalf of the committee, I thank you for coming this morning. We appreciate your testimony and if we have further need to hear from you we will certainly get back to you. Thank you very much, indeed.

Dr. Read: Thank you.

The Chairman: Ladies and gentlemen, at the last report of the steering committee you approved that report and approved that Mr. Robert Milko, from the Parliamentary Library Research Branch, would join this committee as our researcher. Mr. Milko will be with us from here on, and I want to introduce you to him today. Please feel free to contact him with questions or suggestions as to the areas he should be pursuing. He is anxious to do that on our behalf.

Our next witness is Mr. Robert Tivey from the AIDS Centre in Vancouver. Perhaps you can tell us who you are, something about the AIDS Centre and what you do. We will follow that with questions.

Mr. Robert Tivey (Project Director, AIDS Centre, Vancouver): Thank you. This is my first time doing this. It is new to me so if I mess up a little bit, please excuse me.

I have come all the way from Vancouver and am really happy to be here. I am honoured to be chosen as the person to speak to you. I am the Project Director of AIDS Vancouver. AIDS Vancouver is an organization that was founded almost three years ago in the beginning of February 1983. At that time we had heard about men in the United States getting sick. We had heard that this disease was spreading from New York to places like Los Angeles and San Francisco, and we just imagined that it would be a matter of time before it came to Canada. We decided to form as an organization. We got charitable status. We are a non-profit society with charitable status. We have worked for about two and a half years with absolutely no money except for private donations and money from fund-raising events within the community.

[Translation]

M. Lesick: Le SIDA est-il épidémique?

Dr Read: Le SIDA est sûrement épidémique. Une épidémie est définie comme étant l'apparition de cas d'une maladie quelconque à un taux de fréquence plus élevé que la normale. Même si c'est une nouvelle maladie, c'est sûrement une épidémie.

M. Lesick: Qui tue.

Le docteur Read: Le SIDA, tel que diagnostiqué selon les critères établis par le centre de lutte contre la maladie, est mortel. Pour ce qui est de l'infection par le virus du SIDA . . . Nous n'avons pas encore des résultats définitifs, mais nous pouvons supposer qu'il y aura très peu de personnes, finalement, qui contracteront la maladie dans sa forme mortelle.

Le président: Au nom du Comité, je voudrais vous remercier d'être venu ce matin, docteur Read. Nous avons bien apprécié votre témoignage. Si nous avons besoin d'un supplément d'information, nous communiquerons certainement avec vous. Merci encore une fois.

Le docteur Read: Merci.

Le président: Mesdames et messieurs, dans le cadre du dernier rapport du comité de direction, vous avez approuvé la nomination de M. Robert Milko, du Service de recherches de la Bibliothèque du Parlement, à titre de chargé de recherche auprès de ce Comité. M. Milko sera avec nous à compter de maintenant, et je profite de l'occasion pour vous le présenter. N'hésitez pas à faire appel à ses services pour toutes questions ou suggestions sur un sujet qui pourrait vous intéresser. Il est tout à fait prêt à vous aider.

Notre témoin suivant est M. Robert Tivey, du *AIDS Centre* de Vancouver. Vous pourriez peut-être nous dire un peu qui vous êtes et comment fonctionne le centre que vous représentez. Nous pourrions ensuite vous poser des questions.

M. Robert Tivey (directeur de projet, AIDS Centre, Vancouver): Merci. C'est la première fois que je compare dans une enceinte comme celle-ci. C'est quelque chose de nouveau pour moi. Si je suis maladroît, je vous prie de m'excuser.

Je viens de la lointaine ville de Vancouver et je suis heureux d'être des vôtres. Je suis honoré d'avoir l'occasion de m'adresser à vous. Je suis le directeur de projet à *AIDS Vancouver*. *AIDS Vancouver* est un organisme qui a été fondé il y a presque trois ans, soit en février 1983. À l'époque, nous savions qu'il y avait un certain nombre d'hommes qui étaient frappés par la maladie aux États-Unis. Nous savions que leur maladie s'était répandue de New York à des endroits comme Los Angeles et San Francisco. Nous pensions que c'était seulement une question de temps pour qu'elle atteigne le Canada. Nous avons donc décidé de fonder un organisme. Notre organisme est considéré comme un organisme charitable et à but non lucratif. Nous avons fonctionné pendant environ deux ans et demi sans autre argent que celui qui nous est parvenu sous la forme de dons privés ou dans le cadre de campagnes de souscription dans la collectivité.

[Texte]

AIDS Vancouver's mandate is to provide information and education to high risk groups and the general public. We do that in several ways. We have a series of brochures. I have brought some here today and will leave them on the desk. You can look at them afterwards. We have a series of brochures and newsletters. We do workshops, forums, education seminars and a speakers bureau. Our idea is to go out into the community and address the high risk groups and anyone concerned. Originally we had thought we would just be dealing with the high risk groups. Since the case of Rock Hudson and the lady in Fort St. John in B.C. who died from a blood transfusion, we find that most of our calls are in fact from the general public. They are no longer from the high risk groups. Anyway, the first part of our program, as I said, is to provide information and education.

The second part of our program is to provide support services for people with AIDS and people with ARC. ARC stands for AIDS Related Complex. Not knowing who spoke before me, I do not know whether ARC was explained to you. You have to have one of a specific number of illnesses to be diagnosed as having AIDS. If you do not have one of those then you have ARC. In fact, quite a few people die never getting a diagnosis of AIDS, they die with ARC, AIDS Related Complex. There are things like meningitis and a few other illnesses which are AIDS-related but do not officially meet the CDC in Atlanta's standards of what constitutes a case of AIDS.

• 1020

I will probably jump around a little bit. It is becoming a huge problem. When we started in Vancouver in British Columbia, we had three cases of AIDS. One of those had died. We now have about 85 or 86 cases; approximately half have died. Wherever you hear statistics, whatever figure you hear, you can divide that in two—approximately half have always died. In B.C., we are doubling every six to eight months and it is becoming extremely serious.

We are starting to see a few cases outside of the high-risk groups. In fact, we have now seven women in Vancouver who have been infected with HTLV-III, all of whom have had intimate sexual relations with men from Africa. Two of these women were working in Africa, one was a student in Africa and the other women have had affairs with men from Central Africa here in Canada. They are all showing positive to HTLV-III and they are all showing early symptoms of AIDS, and so we now see it moving out more into the general population.

So AIDS Vancouver has been operating for about two and one-half years without any money, really, except the money we received from fund-raising events and private donations. Early this year, we talked to our MP for Vancouver Centre, the Hon.

[Traduction]

Le mandat d'*AIDS Vancouver* consiste à fournir de l'information aux groupes les plus exposés, et au public de façon générale, et à les éduquer. Nous nous y employons de plusieurs façons. Nous avons produit par exemple une série de brochures. J'en ai apporté quelques-unes avec moi; je puis vous les laisser pour que vous les examiniez. Nous avons également des lettres circulaires. Nous organisons des ateliers, des rencontres, des colloques et des conférences. Ce que nous voulons faire, c'est aller dans la collectivité et rencontrer les groupes les plus exposés, ainsi que toutes les personnes intéressées. Au départ, nous avions pensé nous occuper seulement des groupes les plus exposés. Cependant, depuis le cas de Rock Hudson et de la dame de Fort St. John, en Colombie-Britannique, qui est décédée à la suite d'une transfusion sanguine, nous nous apercevons que la plupart des appels que nous recevons nous viennent du grand public. Donc, nous ne rejoignons plus seulement les groupes les plus exposés. Voilà pour la première partie de notre mandat: une information et éducation.

La deuxième partie consiste à offrir des services de soutien aux personnes souffrant du SIDA ou d'une ARS. ARS signifie affection reliée au SIDA. Je ne sais pas qui m'a précédé, et si l'ARS vous a été expliquée. Vous devez répondre à un certain nombre de critères pour être diagnostiqué comme souffrant du SIDA. Dans les autres cas, il peut s'agir d'une ARS. De fait, bon nombre de personnes meurent d'une ARS sans jamais avoir été diagnostiquées comme souffrant du SIDA. Certaines maladies comme la méningite et quelques autres sont reliées au SIDA mais ne répondent pas officiellement aux critères établis par le Centre de contrôle des maladies d'Atlanta.

Je sauterai sans doute du coq-à-l'âne. Le problème du SIDA devient immense. Lorsque nous avons ouvert nos portes à Vancouver, en Colombie-Britannique, il n'y avait que trois personnes atteintes du SIDA, dont l'une est morte depuis. Nous avons eu jusqu'à présent 85 ou 86 cas de SIDA, et la moitié des patients environ ont déjà succombé. Chaque fois que vous entendez des statistiques, quels que soient les chiffres, vous pouvez en conclure qu'approximativement la moitié des victimes sont déjà mortes. En Colombie-Britannique, le chiffre double tous les six ou huit mois, ce qui est extrêmement grave.

En outre, nous commençons à constater quelques cas de SIDA à l'extérieur des groupes à risque élevé. En fait, sept femmes de Vancouver sont déjà infectées du virus HTLV-III, après avoir toutes eu des relations sexuelles avec des Africains. Deux de ces femmes travaillaient en Afrique, une troisième y étudiait, et les autres ont eu des liaisons ici même au Canada avec des ressortissants d'Afrique centrale. Toutes ces femmes montrent une réaction positive au virus HTLV-III, de même que les premiers symptômes du SIDA. Vous voyez donc que la maladie commence à se transmettre à la population en général.

Notre groupe, le «SIDA-Vancouver» est actif depuis déjà deux ans et demi sans avoir reçu d'autre subvention que l'argent recueilli lors d'événements mis sur pied pour se procurer des fonds et les dons privés. Au début de cette année,

[Text]

Pat Carney. She is very supportive of our program. We decided to come to the federal government and to the City of Vancouver for funding. We got funding and we now have a two-year project.

Our two-year project is to do the things I said we were doing—educate and support. We have a hot line now. We have an office in Vancouver. We have about 1,500 calls a month on the hotline and they are now mostly from the community at large; they are no longer mostly from the high-risk groups. More than 50% of our calls are from women.

Our advice on the hotline is to take precautions to protect yourself, to practise safe sex; and the bottom line with safe sex is to avoid the exchange of body fluids. We are promoting the use of condoms. We have very strict guidelines for what homosexual and bisexual men should be doing. The word is getting out. It has been very effective—our program has been extremely effective in Vancouver.

November was safe sex month in Vancouver and we went to the highest risk groups and sold our bill on safe sex. We went to gay and bisexual men. We went to male and female prostitutes. We did workshops with both of those groups and we went to every federal institution in B.C. We did workshops for staff and we did workshops for inmates.

We consider inmates in institutions definitely a high-risk group. Although we have not seen any cases of AIDS in institutions yet, we most definitely will in the near future. There are quite a few cases of AIDS now in the U.S. in institutions.

The reasons we say this is a high-risk group is number one, there is a very high incidence rate of IV drug use in prisons. We are not quite sure how they get the drugs in there. We do know that there is a shortage of needles and it is the sharing of needles that passes this virus on. Probably the most effective way to transmit this virus is from the blood of an infected person to go into the arm of the next person and sharing needles is quite common in institutions.

The second way we know that this group is a high-risk group is because a certain amount of sexual activity goes on in an institutional setting where men are put away by themselves for a long period of time. So we definitely see there is a big problem there in the future.

[Translation]

nous avons communiqué avec le député de Vancouver Centre, l'honorable Pat Carney, qui semble appuyer sincèrement notre programme. Voilà pourquoi nous avons décidé de demander des subventions au gouvernement fédéral et à la ville de Vancouver. Nous en avons obtenues pour financer un projet de deux ans.

Comme je vous l'ai expliqué, ce projet vise justement à informer et à aider. Nous avons désormais une ligne téléphonique directe et un bureau à Vancouver. Nous recevons quelque 1,500 appels par mois sur notre ligne directe, et ces appels proviennent de tous les secteurs de la collectivité, et non plus uniquement des groupes à risque élevé. D'ailleurs, plus de 50 p. 100 de nos correspondantes sont des femmes.

Voici ce que nous leur répondons au téléphone: il faut prendre des précautions et se protéger en ayant des relations sexuelles sécuritaires: autrement dit, il faut éviter d'échanger ses sécrétions avec son partenaire. Nous encourageons donc tous les intéressés à utiliser le condom. Nous avons également des recommandations très strictes à l'égard des hommes homosexuels et bisexuels. Heureusement, notre message se répand, et il semble que notre programme ait eu beaucoup de succès à Vancouver.

Novembre a été déclaré le mois de la sécurité dans les relations sexuelles à Vancouver, et c'est pourquoi nous avons communiqué avec les groupes à risque très élevé pour leur expliquer ce que nous entendions par la sécurité dans les relations sexuelles. Nous avons parlé aux homosexuels et aux bisexuels masculins, de même qu'aux prostitués masculins et féminins. Nous avons monté des ateliers pour ces deux groupes, de même que pour le personnel et les détenus de chaque institution pénitentiaire fédérale de Colombie-Britannique.

Les détenus d'établissements pénitentiars constituent très certainement un groupe à risque élevé, d'après nous. Même si aucun cas de SIDA n'a encore été décelé dans les institutions pénitentiars, il est certain qu'il y en aura dans un avenir rapproché. D'ailleurs, quelques-uns ont déjà été signalés dans les établissements pénitentiars américains.

J'ai dit que les détenus constituaient un groupe à risque très élevé, en particulier parce qu'ils utilisent énormément de stupéfiants par voie intraveineuse dans les prisons. Nous ne savons évidemment pas comment les stupéfiants pénètrent dans les institutions. Nous savons cependant qu'il n'y a pas suffisamment de seringues et que les détenus doivent les partager, ce qui évidemment transmet le virus. D'ailleurs, la façon la plus efficace d'attraper le SIDA est sans doute de transmettre le virus par voie d'injection cutanée d'une personne infectée à une personne qui ne l'est pas; et vous savez bien qu'il est très courant de partager les seringues dans les pénitentiars.

Nous savons également que les détenus représentent un groupe à risque élevé, puisqu'il y a beaucoup d'activités sexuelles dans un environnement cloisonné comme celui-là où les hommes vivent reclus pendant de longues périodes. Par conséquent, l'avenir nous réserve de graves problèmes de ce côté-là.

[Texte]

AIDS Vancouver went around to all federal institutions in November and put on the education program for staff and for inmates. It has been extremely successful. The feedback we received from the wardens, from the district health officer, and from the inmates has been really very helpful.

• 1025

You know, one of the things this illness does is, it sure brings up everybody's prejudices, and we all have them. What I try to tell people is to look past your prejudices, and see what can be done to stop the spread of this disease.

Anyway, we are going on. We are doing three more workshops this coming month for women; two of those are for female prostitutes in Vancouver. Again, this is to get the message out, to learn ways to protect yourself.

One of the problems we are encountering is the need for counselling. The new HTLV-III test has gone into operation in Vancouver. It was the first one in Canada, and it opened on October 7. The test is available. This is a blood test. It is not a test for AIDS; it is a test for the antibody to AIDS. It does not tell a person whether they will get AIDS or remain well. All it says is that they have been exposed to the virus. What we are finding is that people who are getting positive results are, in fact, falling apart two or three weeks later, needing some counselling. We see this as an area where there will be a need for a lot of counselling in the future. In fact, we have had two suicides already from people who tested positive to the antibody.

I think one of the biggest needs is... There are grassroots organizations right across the country. There is a group in Victoria, there is a group in Calgary, in Edmonton, in Regina, in Winnipeg, in Toronto—the one in Toronto is funded at the moment—in Montreal—Montreal has no funding—and in Halifax. What we have seen is that the provincial governments have refused to fund the groups in Alberta and Quebec. Grassroots groups are the best way to get the education out to the high-risk groups. We have the easiest access to these people. They will listen to us, and we find when we are putting on workshops, we have very good attendance. We are able to get out the information, the brochures, as far as lifestyle changes. We feel this is the best way to educate everybody.

I am sorry if I jump around a bit. I may be speaking out of line when I make some of my recommendations, but I will just put everything out anyway. What we would see is some sort of a national organization set-up, probably with a co-ordinating office here in Ottawa, to co-ordinate the activities of these groups, so that each time we need to put out a brochure, for instance, we are not re-inventing the wheel; we are, in fact, able to distribute each brochure to each one of the cities. One of the brochures we are working on right now is women and AIDS, and certainly women who are not in monogamous

[Traduction]

Notre groupe s'est donc présenté dans tous les établissements fédéraux au mois de novembre pour présenter son programme d'information au personnel et aux détenus. Nous avons eu beaucoup de succès, et les réactions dont nous ont fait part les directeurs de prison, les agents de santé du district et les détenus nous ont beaucoup aidés.

Vous savez, cette maladie fait ressortir, entre autres, tous les préjugés que l'on peut avoir. Ce que j'essaie d'expliquer, c'est qu'il faut oublier ces préjugés pour essayer de déterminer comment il est possible d'empêcher la maladie de se répandre.

Nous poursuivons nos travaux. Nous avons trois autres ateliers ce mois-ci qui sont destinés aux femmes, dont deux visent particulièrement les prostituées de Vancouver. Encore une fois, nous voulons transmettre notre message, c'est-à-dire informer les gens sur la façon de se protéger.

L'un des problèmes auxquels nous nous heurtons, c'est le besoin de services d'orientation. Le nouveau test sanguin pour dépister le virus HTLV-III est disponible pour la première fois au Canada, à Vancouver même, depuis le 7 octobre dernier. Il ne s'agit pas d'un test servant à dépister le SIDA, mais d'un test servant à dépister les anticorps pour combattre la maladie. Le test ne vous dira pas si vous allez attraper le SIDA ou si vous allez rester en bonne santé. Tout ce qu'il révèle, c'est si vous avez été exposé ou non au virus. Or, nous avons pu constater que les gens qui ont des résultats positifs font une dépression deux à trois semaines plus tard et ont besoin de services d'orientation. Nous entrevoyons donc qu'il faudra élargir ces services dans un avenir rapproché. D'ailleurs, deux des candidats au test dont les résultats avaient été positifs se sont déjà suicidés.

L'un des besoins les plus pressants... Il existe des organismes de base partout au pays, à Victoria, à Calgary, à Edmonton, à Regina, à Winnipeg, à Toronto—qui est en train d'ouvrir ses portes—à Montréal—celui-là n'est pas subventionné—et à Halifax. Nous avons constaté que les gouvernements provinciaux ont refusé de subventionner les organisations albertaines et québécoises. Or, la meilleure façon d'informer les groupes à risques élevés c'est justement de passer par l'intermédiaire de ces organisations de base. Ce sont elles qui ont le plus directement accès à ces gens. Ils nous écoutent et viennent assister en grand nombre aux ateliers que nous mettons sur pied pour eux. Il nous est donc possible de leur transmettre l'information et les brochures expliquant les changements qu'il faut apporter à leur style de vie. C'est la meilleure façon, d'informer, d'après nous.

Excusez-moi, encore une fois, si je passe du coq à l'âne. Il est possible que je ne respecte pas la façon habituelle de procéder, en proposant mes recommandations, mais il m'est plus facile de tout dire en même temps. Il faudrait qu'une organisation nationale voit le jour, dont le bureau coordonnateur pourrait être à Ottawa, et dont le rôle serait justement d'organiser toutes les activités pour que chaque fois que des groupes régionaux veulent publier une brochure, ils n'aient pas à réinventer la roue. Nous, nous pourrions justement distribuer chacune de nos brochures dans chacune des villes mentionnées

[Text]

relationships, who are not in marriages, are certainly potentially a high-risk group in the future. This disease can be transmitted through heterosexual intercourse... not as effectively. The doctor has already spoken. There must be some sort of trauma, but certainly it has been passed on from men to women. Therefore, one of the brochures we are putting together now is a brochure for women and AIDS. With some sort of a central co-ordinating office, we see the distribution of these brochures and the information getting out right across the country, instead of each city doing it on its own.

AIDS is only a reportable disease in some provinces. To my knowledge, it is still not a reportable disease in every province. When we met last May in Montreal for the first conference on AIDS, we found that in only four or five out of ten provinces is this, in fact, a reportable disease. It was very difficult for us to get accurate statistics. We believe the official statistics Ottawa has are probably about half of the actual cases. This is partly because of slow reporting, and not all doctors are reporting cases of AIDS. Also, as I said, some of the provinces are not required to report this yet. I see this as being a priority; that it be made a reportable disease in every province.

• 1030

I have put together a report for Miss Carrière, and I believe she is going to photocopy it and make it available for everybody. No? It is a few pages on our project of just what we are doing. It is a health promotion project. We are funded through the Health Promotion Branch and through the City of Vancouver. You will see from the report that we have about 1,500 calls a month on the hotline. We are providing support services to people with AIDS—emotional support and practical support. We have a group of about 120 volunteers. Our volunteers are doing things like cooking meals for people with AIDS, keeping them at home, doing shopping, picking up prescriptions, and driving them to the clinic. We feel it is best to keep people in the home as long as possible—as well as the fact that it cuts down health care costs tremendously. Each time, the average stay in a hospital for a person with AIDS is about 21 days. In B.C., this is at \$600 a day.

Part of this report will show you the escalating cost of hospital care, just in one hospital alone. In St. Paul's Hospital in 1983 there were 21 patient days at a total cost of \$12,000; in 1984 there were 651 patient days at a total cost of \$390,000; in 1985, so far, there is a total of 1,113 patient days at a total cost \$667,000. This will more than double next year, and this is just in one hospital. One of the things we are doing in Vancouver, we have a housing project which we are working on right now—a house for people with AIDS. We are expecting that all three levels of government will be involved in this.

[Translation]

plus haut. L'une des brochures que nous sommes actuellement en train de rédiger s'intitule «Les femmes et le SIDA» puisque les femmes qui ne vivent pas des relations monogames et qui ne sont pas mariées constituent sans aucune doute un groupe potentiel à risques élevés. N'oublions pas que cette maladie peut être transmise, même si c'est à un moindre degré, par les relations hétérosexuelles. Mais l'autre témoin, qui est médecin, vous l'a déjà expliqué. Il faut évidemment qu'il y ait une lésion au départ, mais on a déjà vu des hommes transmettre la maladie à des femmes. Voilà pourquoi notre brochure s'adressera particulièrement aux femmes. L'avènement d'un bureau central de coordination permettrait la distribution de ces brochures et de l'information à travers le pays, sans que chaque ville soit obligée d'agir individuellement.

Seules certaines provinces exigent de leurs médecins qu'ils signalent les cas de SIDA qu'ils ont décelés. À ma connaissance, ce n'est pas généralisé partout au Canada. Lorsque la première conférence sur le SIDA a eu lieu à Montréal en mai dernier, nous avons pu constater que seules quatre ou cinq provinces exigeaient que l'on signale tous les cas connus. Il nous est donc extrêmement difficile d'obtenir des statistiques exactes. Nous croyons d'ailleurs que les chiffres que publie officiellement Ottawa ne représentent sans doute que la moitié des cas de SIDA. La raison en est notamment la lenteur que mettent les médecins à signaler les cas, quand ils les signalent. Mais comme certaines provinces ne l'exigent pas encore, nous pensons que le plus urgent, c'est de rendre obligatoire le signalement de tous les cas de cette maladie, dans toutes les provinces.

J'ai compilé un rapport à l'intention de M^{lle} Carrière qui doit, je crois, le photocopier et le distribuer à tous. Je me trompe? Il s'agit de quelques pages expliquant notre projet de promotion de la santé. Nous sommes subventionnés par la Direction de la promotion de la santé et par la ville de Vancouver. Vous verrez, d'après notre rapport, que nous recevons quelque 1,500 appels par mois sur notre ligne directe. Nous offrons des services d'aide émotive et pratique à ceux qui sont atteints du SIDA. Nous regroupons quelque 120 bénévoles qui font la cuisine pour les gens atteints du SIDA, prennent soin d'eux à la maison, font leurs courses, vont chercher leurs médicaments et les conduisent à la clinique. Nous jugeons qu'il vaut mieux les garder chez eux le plus longtemps possible, puisque cela réduit considérablement les coûts de santé. Une personne atteinte du SIDA reste en moyenne 21 jours à l'hôpital. En Colombie-Britannique, cela représente 600\$ par jour.

Notre rapport vous montrera également l'escalade des coûts dans les soins hospitaliers, dans un hôpital en particulier. En 1983, à l'Hôpital St. Paul, nos malades représentaient 21 jours-patients, pour un total des coûts de 12,000\$; en 1984, ils représentaient 651 jours-patients, pour un total des coûts de 390,000\$; en 1985, jusqu'à maintenant, ce chiffre a grimpé à 1,113 jours-patients, pour un total de 667,000\$. Ces chiffres doubleront évidemment l'année prochaine, et il ne s'agit encore que d'un seul hôpital. À Vancouver, nous mettons actuellement sur pied un projet de logement destiné aux malades du SIDA.

[Texte]

We have a proposal we have put to the City of Vancouver. We have a site, first of all. It is an old nursing home. The City of Vancouver is going to staff the house, and we hope to getting funding for the mortgage through the provincial and federal government, hopefully through CMHC.

We feel it is extremely important that this be optional for people with AIDS who have no where to go. Some people with AIDS are living on welfare. Many of them are taken care of by their family and friends, but some are really out on the street. We feel that most of the time the very, very long stays in hospital are not necessary. We definitely need a nursing home set up. Call it a hospice, call it a long-term care facility, call it what you will. This is our housing project that we are doing now. We see the need for a house like this also in Montreal, and one, maybe, in Toronto. In San Fransico there have been 1,500 cases of AIDS so far in one city. They now have 10 of these houses. They are called shanty houses. They are houses where people can go to live and to die. There is a minimum of medical attention. There is a nurse who comes in everyday to administer medicine and that sort of thing. Again, it is keeping a lot of people out of the hospital. It is freeing up a lot of private rooms. It is a place for people with AIDS to go and to live and to die.

I think I mentioned the statistics. Officially, I believe the statistics in Ottawa are fairly close to 400 cases of AIDS now. We estimate, as in the U.S., that this is about 10% of the problem, that there are many many people out there who are on the verge of being diagnosed. We are looking at a huge problem in the future. One of the things we have in Vancouver which works very well and possibly is working better than in any other city at the moment, is that one hospital handles most of the AIDS cases, St. Paul's Hospital. We have an AIDS care group of about 26 doctors who meet once a week. These are physicians and specialists who care for people with AIDS. They meet every Thursday. They discuss patients, treatments and basically support each other.

There is a very high incidence rate of doctor burnout. This is because these people cannot be saved. Doctors are trained to save lives, to cure and to make people well. Practically 100% of people with AIDS die. We find it is very discouraging and very disheartening for doctors to see relatively young people dying one after the other. This sort of support group is really needed. This is called the AIDS Care Group at St. Paul's Hospital.

We feel, as the gentleman who spoke before me, that education is definitely our biggest weapon. We have to stop the spread of this disease and it looks like we are several years

[Traduction]

Nous espérons que les trois niveaux de gouvernement participeront au financement. Nous avons d'ailleurs souligné une proposition à la ville de Vancouver. Nous avons déjà trouvé une maison, c'est-à-dire un ancien foyer de soins infirmiers. C'est la ville de Vancouver qui nous fournira le personnel, et nous espérons pouvoir payer l'hypothèque grâce aux subventions des gouvernements provincial et fédéral, par l'intermédiaire de la SCHL.

Il nous semble essentiel de pouvoir fournir cette option aux malades du SIDA qui ne savent où aller. Certaines d'entre elles vivent du bien-être social, alors que d'autres—plus nombreuses—restent avec leur famille et leurs amis; mais quelques-unes sont véritablement dans la rue. D'après nous, il n'est pas toujours nécessaire de les soumettre à de très longs séjours à l'hôpital. Voilà pourquoi il est important d'ouvrir une maison pour les soigner, que l'on parle d'hospice ou de foyer de soins à long terme. C'est justement ce que nous faisons actuellement. Il faudrait également ouvrir une maison de ce genre à Montréal et peut-être à Toronto. La ville de San Francisco, qui compte jusqu'à maintenant 1,500 cas de SIDA a déjà ouvert dix maisons de ce genre, que l'on appelle «mouroirs». Elles accueillent les malades pour y vivre et pour y mourir. Ceux-ci y reçoivent un minimum de soins médicaux. Une infirmière vient chaque jour pour administrer les médicaments et ce genre de choses. Cela permet donc de sortir beaucoup de ces patients des hôpitaux et de libérer des chambres privées. Ces maisons ouvrent leurs portes aux malades du SIDA pour qu'ils viennent y vivre et y mourir.

J'ai déjà parlé des statistiques. Ottawa parle officiellement de quelque 400 cas de SIDA. Nous pensons que, tout comme aux États-Unis, cela ne représente que 10 p. 100 du problème et que l'on est à la veille de diagnostiquer cette maladie chez beaucoup d'autres personnes. Le problème peut se révéler immense. À Vancouver, un hôpital en particulier s'occupe de la plupart des cas de SIDA, ce qui donne de très bons résultats, peut-être meilleurs qu'ailleurs au Canada. Nous avons formé un groupe de soins aux malades atteints du SIDA qui réunit quelque 26 médecins. Ces médecins et spécialistes se réunissent tous les jeudis pour discuter de leurs patients, des traitements qu'ils leur font subir et pour s'entraider.

Nous avons constaté un taux très élevé d'épuisement chez ces médecins. Ceux-ci sont formés pour sauver des vies et pour guérir leurs malades, alors qu'ils savent fort bien que leurs patients atteints du SIDA n'ont aucune chance de survivre. Virtuellement 100 p. 100 de ceux qui sont atteints du SIDA finissent par mourir. Il est extrêmement décourageant et démoralisant pour un médecin de voir des personnes relativement jeunes mourir les unes après les autres. Voilà pourquoi il est essentiel d'avoir un groupe de soutien comme celui que nous appelons le groupe pour les soins aux malades atteints du SIDA de l'hôpital Saint-Paul.

Tout comme le témoin qui m'a précédé, je suis d'avis que notre arme la plus efficace, c'est l'information. Il faut empêcher que cette maladie se répande, mais il faudra encore

[Text]

away from a vaccination and maybe ten years away from a cure. So our biggest tool is education. People have to be actively engaging in certain activities in order to get this virus.

Now that the HTLV-III test is being done on the blood donations through the Red Cross, we can say that the blood supply is 99.999% clear. So blood transfusions for anyone needing surgery or needing a transfusion are much better; they are better off getting the surgery and having it done than not. We can say the blood supply is safe.

So we are looking to educating other people into taking risks to protect themselves.

I feel personally that the amount of money we have to spend... Listen to me telling us how much we have to spend in Canada! I think, for the most part, the breakthroughs will probably come through the United States and through France. I think we really have to focus. Study groups are fine but we must focus on educating everybody. We must get this information out to everybody so that no more people get sick.

We have had several problems in Vancouver with regards to dentists, and one hospital refused to admit a patient with AIDS who had pneumocystis pneumonia. So even though things are working extremely well in Vancouver, we are not without our problems.

We are in the process now of working with the Dental Association of B.C. to provide information to all dentists. There are probably precautions that dentists should have been taking all along, such as wearing gloves. The mouth harbours all kinds of germs, not just the AIDS-related virus.

So you can see there is a huge job ahead of us. The grassroots organizations are probably the best way to go as far as educating the public. We see a government role here in educating professional people and in educating doctors, dentists and hospital workers. We feel it is extremely important that hospitals be ready for this. If they have not handled cases of AIDS, they should be ready when they do come—because they will come—to avoid any panic.

One of the problems is that, if there are not facilities for people with AIDS, people with AIDS will not say they have AIDS. When we could not find dentists to treat people with AIDS, several of them said that, if they could not find a dentist to treat them, they would just go in and not say what they had.

Our education program so far is working very well. We have a speakers' bureau. We have about 30 or 35 speakers who are all volunteers. They are professional people and lay people. We are going out and addressing all different types of groups, as you can see or will see on the report that I have brought with me. We are setting up a policy with the Ministry of Human Resources in British Columbia on how to handle people with

[Translation]

plusieurs années avant de pouvoir trouver un vaccin contre le SIDA et peut-être dix ans avant de pouvoir trouver une cure. Entre-temps, le meilleur moyen de contrer ce fléau, c'est d'informer le public. Pour attraper le virus, il faut que les gens soient très actifs dans certains domaines d'activité.

Maintenant que la Croix-Rouge fait subir le test du HTLV-III à tout le sang qu'elle reçoit, on peut affirmer que le sang fourni par elle est presque à 100 p. 100 sans virus. Par conséquent, la perspective d'avoir à subir une transfusion sanguine est bien meilleure pour ceux qui doivent être opérés ou avoir une transfusion; il vaut mieux subir à une opération chirurgicale et avoir une transfusion. On peut désormais dire que les approvisionnements en sang sont sans danger.

Il faut donc maintenant apprendre aux autres citoyens comment se protéger pour éviter de prendre des risques.

Je pense personnellement qu'il faudrait dépenser... Mais qui suis-je pour vous dire comment dépenser l'argent du Trésor public canadien! J'ai l'impression que les découvertes scientifiques nous viendront des États-Unis et de la France. Quant à nous, il nous faut plutôt nous concentrer sur un domaine en particulier. C'est très bien de former des groupes d'étude, mais il nous faut plutôt informer le reste des citoyens pour éviter que le nombre de malades ne grandisse.

À Vancouver, nous avons eu des problèmes avec certains dentistes, et un hôpital a même refusé d'admettre un malade atteint de pneumonie à pneumocystis carinii, parce qu'il avait le SIDA. Vous voyez que même si nous faisons beaucoup de progrès à Vancouver, nous ne sommes pas exempts de problèmes.

Actuellement, nous travaillons de concert avec l'Association de dentistes de la Colombie-Britannique pour expliquer à ces derniers quelles sont les précautions qu'ils devraient prendre, porter des gants, par exemple. La bouche transporte toutes sortes de germes, et pas seulement le virus du SIDA.

Le travail qui nous attend est énorme. Mais les organismes de base sont sans doute la meilleure façon d'informer le public. Quant au gouvernement, il devrait pour sa part informer les gens de profession libérale, de même que les médecins, les dentistes et les travailleurs du secteur hospitalier. En effet, il est essentiel que les hôpitaux soient prêts à répondre à la tâche. S'ils n'ont jamais encore accueilli de patients du SIDA, ils devraient être prêts à le faire, sans pour autant paniquer, lorsque le temps sera venu.

Ce qui est grave, notamment, c'est que si l'on n'est pas prêt à accueillir les malades du SIDA, ceux-ci ne révéleront pas qu'ils sont atteints. À l'époque où les dentistes refusaient de traiter ces malades, plusieurs d'entre eux ont avoué que, faute d'en trouver un qui s'occuperait d'eux, ils étaient prêts à passer sous silence leur maladie.

Notre programme d'information a donné de très bons résultats jusqu'à maintenant. Nous avons formé un groupe de 30 à 35 conférenciers bénévoles qui réunit des gens de profession libérale comme des gens ordinaires. Nous prenons la parole devant divers groupes de citoyens, comme vous pourrez le voir dans le rapport que je vous ai apporté. De concert avec le ministère des Ressources humaines de la Colombie-

[Texte]

AIDS when they apply for assistance. We have specific requests because there are specific needs for people with AIDS. We are coming along very well with it. We now have one person who is going to direct all of the requests in MHR in British Columbia.

• 1040

I think the other thing I would like to say is that AIDS Vancouver has three persons on staff at the moment, one full time, which is myself, and two half-time. We have about 120 or 130 volunteers, and we are doing a huge job. For the most part, at the moment, we are the only ones that are doing it. We are the only ones that are providing information. We are the only ones providing education. We need help. Certainly, I cannot think of anywhere else where you would get the number of man-hours that we are getting with just one paid staff person and two half-time.

I would encourage support for the other grassroot organizations. I would support and encourage some sort of coordinating office, possibly here in Ottawa. I think AIDS Vancouver could be a model for other organizations that are being set up across the country—how to set-up, learning from our mistakes.

I could go on and on—I have been at this for three years—but I guess it is time for me to stop.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Tivey. It is very helpful evidence.

I have seen only two hands so far. We have about 15 minutes to go now. Mr. Young, for perhaps about four minutes, and then Mr. McCrossan.

Mr. Young: I really have only about two questions, Mr. Tivey. Thank you very much for your presentation. It is truly the first full one that we have had on how to get information out to the public, and it sounds as if your organization has been extremely successful, at least in the Vancouver area.

Mr. Tivey: Yes, it has.

Mr. Young: Have you drawn up any kind of draft budget, how much it would cost to duplicate the kind of service, with some improvements, that you have argued, in various centres across the country? I ask you that question, not to dwell so much on the cost, because the cost benefit will obviously be... If you take a look at the projected health costs involved, if we spend some money now and get that information out, it could very well cut down on health costs at some future date. The question is: Have you drafted up any costs at all, attached any dollar figures to how much it would cost to set up those centres?

Mr. Tivey: Across the country?

Mr. Young: Yes.

[Traduction]

Britannique, nous sommes en train de rédiger une politique qui établit la façon de répondre aux demandes d'aide de la part de personnes frappées du SIDA. Leurs demandes sont particulières, à cause de leurs besoins particuliers. Nous sommes sur la bonne voie. Maintenant, quelqu'un sera chargé d'adresser toutes les demandes au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Je voudrais également ajouter que le centre SIDA de Vancouver compte trois employés, un à plein temps, moi-même, et deux autres à temps partiel, sans compter les 120 à 130 bénévoles. Nous accomplissons un énorme travail et nous sommes, pour l'instant, les seuls à le faire. Nous sommes les seuls à fournir des renseignements, à sensibiliser le public à cette maladie et nous avons besoin d'aide. Je ne crois pas qu'il existe un autre bureau où le nombre d'heures-personnes serait si élevé avec un employé à plein temps et deux à temps partiel.

Je crois que d'autres organisations devraient être créées à la base ainsi qu'un bureau de coordination ici à Ottawa, peut-être. Le Centre SIDA de Vancouver pourrait servir de modèle aux autres centres qui sont en train d'être créés aux quatre coins du pays; nous pourrions leur donner des tuyaux sur ce que nous avons fait de façon à ce qu'ils ne renouvellent pas les erreurs que nous avons faites.

Je pourrais continuer pendant des heures, je m'occupe de cette question depuis trois ans, mais je crois que je devrais m'arrêter.

Le président: Merci infiniment, monsieur Tivey. Vos propos ont été très utiles.

Seuls deux députés ont demandé la parole jusqu'à présent. Il nous reste environ 15 minutes. Monsieur Young, vous avez droit à quatre minutes et vous serez suivi de M. McCrossan.

M. Young: Je n'ai que deux questions à vous poser, monsieur Tivey. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de votre exposé. C'est la première fois qu'on nous parle de la transmission de ces renseignements au public et votre centre semble avoir connu un vif succès, du moins dans la région de Vancouver.

M. Tivey: C'est effectivement le cas.

M. Young: Avez-vous chiffré les services que vous offrez? Savez-vous combien coûte l'implantation d'un centre comme le vôtre—avec quelques améliorations—aux quatre coins du pays? Je vous pose cette question, non pas pour insister sur ce qu'il en coûtera, car l'avantage tiré sera de toute évidence... Si l'on songe aux frais médicaux qu'entraîne cette maladie, il se peut fort bien que ces frais diminuent à l'avenir si nous consacrons une partie de l'argent disponible à rendre ces renseignements publics. Alors avez-vous calculé le coût d'implantation de ces centres?

M. Tivey: Partout au Canada?

M. Young: Oui.

[Text]

Mr. Tivey: No, I have not. But I would like to say that our two-year budget—we have \$250,000, and that is for two years. That is not quite enough, but we are the third largest city in Canada. I would say that probably around \$200,000 a year is required for the large cities, and certainly quite a bit less than that for the smaller cities. There are 10 or 11 cities ready to go, if they are not already in operation. Aside from Montreal, Vancouver and Toronto, possibly just a small office, with one person, would be sufficient.

Mr. Young: What kind of relationship do you presently have with the central advisory committee on AIDS, the one that advises the federal government?

Mr. Tivey: Is that NAC-AIDS?

Mr. Young: I believe so.

Mr. Tivey: With Dr Alistair MacLean?

Mr. Young: I think that is the group, is it not?

Mr. Tivey: We have quite a good working relationship. We do not see each other often enough. It is such a big country. We are so far away on the west coast. But we do have regular dialogue with Dr. MacLean and Dr. Gilmore from Montreal.

Mr. Young: One last question, Mr. Chairman. You commented that there was no compulsory reporting procedures in most provinces. I am a wee bit concerned about the compulsory reporting, largely based on the stories we have heard about discrimination against persons who may not have AIDS but have the virus. It can create tremendous upheavals in those individuals' lives. If perchance we went to the compulsory reporting service like we use with venereal diseases and others, how would we set up a process where you protect the rights of the individual against the kind of discrimination they would likely be met with in society once it became known that the individual was infected? It is also a question of civil rights.

• 1045

Mr. Tivey: I think I see two different issues here, sir. First of all, I see the need for us to know how many actual cases of AIDS we have in Canada. The only way we can have that is if the doctors in each province are advised that they must report to a central reporting office in that province every time they diagnose somebody with AIDS.

The other issue is around the HTLV-III testing. This is not a test for AIDS, it is only a test for the antibody. The issue of insurance companies has come up this last week. One or two insurance companies are now going to require certain groups to take this test before they will offer life insurance. Again, this is not a test for AIDS; it is only a test for the antibody. We estimate that probably around 10% of people who test positive will go on to develop AIDS. It is not a good test; it is a first-generation test. Once we get the antigen test we will be more able to tell who is going to get AIDS and who is not.

[Translation]

M. Tivey: Non, je ne l'ai pas fait. Mais notre budget, qui s'étale sur deux ans, s'élève à 250,000\$. Ce budget n'est pas tout à fait suffisant, mais il faut dire que nous sommes la troisième ville du Canada. Je dirais qu'il faudrait y consacrer environ 200,000\$ par an dans une grande ville et beaucoup moins dans les villes plus petites. Je crois qu'on pourrait en implanter dans 10 ou 11 villes, si ce n'est déjà fait. Mis à part Montréal, Vancouver et Toronto, les autres villes n'auraient sans doute besoin que d'un petit centre où un employé suffirait.

M. Young: Quels rapports entretenez-vous actuellement avec le Comité consultatif du SIDA, celui qui conseille le gouvernement fédéral?

M. Tivey: Est-ce le NAC-SIDA?

M. Young: Je crois, oui.

M. Tivey: Dirigé par le Dr Alistair MacLean?

M. Young: Je crois que c'est cela, non?

M. Tivey: Nos rapports sont bons, bien que nous ne nous voyons pas très souvent. Ce pays est immense et la côte ouest est très loin. Mais nous nous entretenons régulièrement avec le Dr MacLean et le Dr Gilmore de Montréal.

M. Young: Une dernière question, monsieur le président. Vous avez dit qu'il n'était pas obligatoire de notifier les autorités de la découverte de cas de SIDA dans la plupart des provinces. Je ne sais si je voudrais que cela soit obligatoire, en raison des histoires que nous avons entendues à propos de la discrimination affichée contre ceux qui ne seraient pas atteints du SIDA mais du virus. Cela peut bouleverser la vie de quelqu'un. Si ces cas devaient obligatoirement être portés à la connaissance des autorités, comme c'est le cas pour les maladies vénériennes et autres, comment nous y prendrions-nous pour protéger toute personne contre la discrimination dont elle ferait vraisemblablement l'objet dès qu'on saurait qu'elle était porteuse du virus? Cela relève également des libertés individuelles.

M. Tivey: Deux questions différentes se posent ici. Premièrement, nous devons savoir combien de personnes au Canada sont atteintes du SIDA. La seule façon d'y parvenir, c'est de demander à chaque médecin de chaque province de signaler chaque cas de SIDA qu'il découvre aux autorités de cette province.

Deuxièmement, le HTLV-3; il ne s'agit pas de soumettre quiconque à un examen pour déterminer s'il a le SIDA, mais uniquement pour savoir s'il est porteur des anticorps. La semaine dernière, on a parlé des compagnies d'assurance. Une ou deux compagnies d'assurance exigeront maintenant que certains groupes subissent ce test pour pouvoir bénéficier d'une assurance-vie. Je le répète, il ne s'agit pas de déterminer s'ils sont atteints du SIDA, mais uniquement porteurs des anticorps. Nous estimons qu'environ 10 p. 100 de ceux dont le test sera positif contracteront le SIDA. Ce test n'est pas encore au point, ce n'est que le premier d'une série de tests. Dès que les chercheurs mettront au point le test antigène, nous serons

[Texte]

We do not feel it is appropriate to report the results of these tests to anyone. We urge that the results of these tests be kept confidential because of the possibilities of mass discrimination.

Mr. Young: They would have to be reported someplace though.

Mr. McCrossan: While we have seen the disease primarily established in the homosexual community, it has now spread into the heterosexual community, as you have mentioned, even in Vancouver. Of course, that is the pattern in Africa. It appears that the spreading of the disease is increased dramatically by the increase in the number of sexual partners a person has.

You have mentioned you are doing counselling now with prostitutes. In at least two or three cities in the U.S. now, the antibodies, the disease itself, appears to be established in the prostitution community. This is in Atlanta, Miami, and, I believe, New Jersey as well. Of course, this raises the question both of protection for this group, in avoiding the exchange of body fluids as you have talked about, and also the question of protecting their clients.

What are your views about the testing of this group? You have indicated in general that you are opposed to testing the population, but here we have a group whose business is frequency of sexual contact. They are obviously a very, very high-risk group and one where it has been demonstrated there can be a spread of the disease. Do you have see it as contrary to their civil rights to test them or do you feel it is in their interests that they should be tested and so on? I will follow up with the insurance question afterwards.

Mr. Tivey: I think testing should certainly be made available to anyone in a high-risk group who wants to be tested. In Vancouver, at the Drake Clinic—this is a special clinic where prostitutes can go—the test is going to be made available for them. My personal feeling is that it is in society's best interest that those who want and need to get tested be able to do that without fear of recrimination, without the fear of something happening to them if they get the test and find out they are positive.

Mr. McCrossan: Let us assume not only that they test positive for the antibody but that they are showing either AIDS or ARC signs. You say 'without fear of recriminations'—obviously being put out of business is a recrimination. Should society take steps to, if you will, put such a person out of business when they are showing ARC signs when they are in the business of having sexual contacts?

Mr. Tivey: Possibly. I do not know whether I am the person to answer that. Our approach is to tell everyone, and if people know that prostitutes are a high-risk group and there is a chance they may get exposed to this virus if they come to this prostitute, then maybe they are not going to come.

[Traduction]

mieux à même de prévoir qui contractera le SIDA et qui ne le contractera pas.

Nous ne pensons pas qu'il soit bon de faire connaître les résultats de ces tests à quiconque. Nous estimons que les résultats de ces tests doivent demeurer confidentiels en raison des possibilités de discrimination de masse.

M. Young: Mais il faudrait bien que ces cas soient connus de quelqu'un.

M. McCrossan: Si cette maladie était surtout présente chez les homosexuels, elle s'est maintenant étendue au monde hétérosexuel, même à Vancouver, comme vous nous l'avez dit. C'est également la situation qui prévaut en Afrique. Selon toute apparence, plus une personne compte de partenaires sexuels, plus la maladie risque de s'étendre.

Vous avez dit que vous offriez maintenant des services de conseils aux prostituées. Or il semble que cette maladie soit maintenant présente chez les prostituées dans deux ou trois villes américaines au moins. Il s'agit d'Atlanta, de Miami et, je crois, du New-Jersey. Il faut donc non seulement protéger ce groupe, qui doit désormais éviter l'échange de liquides organiques, mais également de protéger leurs clients.

Pensez-vous que ce groupe devrait subir un test? Vous avez dit que vous vous opposiez à ce que la population en général subisse ces tests, mais ce groupe vit de la prostitution, donc, de la fréquence de contacts sexuels. Ils courent de toute évidence d'énormes dangers et risquent également de propager cette maladie. Pensez-vous que le fait de leur faire subir un test enfreindrait leurs droits civils ou estimez-vous qu'il serait dans leur intérêt qu'ils subissent ces tests? Je passerai au problème des assurances plus tard.

M. Tivey: Je crois que quiconque faisant partie d'un groupe à risque élevé devrait subir un test s'il le désire. À Vancouver, les prostituées pourront bientôt subir un test de ce genre à la *Drake Clinic* qui leur est réservée. Personnellement, j'estime qu'il est dans l'intérêt de la société de permettre à ceux qui le désirent d'être testés sans craindre de conséquences si le test en question se révèle positif.

M. McCrossan: Supposons que le test indique non seulement qu'ils sont porteurs d'anticorps, mais que leurs symptômes ressemblent à ceux du SIDA ou de l'ARC. Vous dites: «sans craindre de conséquences», mais il est évident qu'être chassé de son emploi est une conséquence. La société devrait-elle veiller à ce qu'il soit interdit à ces personnes d'exercer leur métier lorsqu'elles ont des symptômes de cette maladie et qu'elles sont prostituées?

M. Tivey: Peut-être, mais je ne sais pas si je suis qualifié pour répondre à cette question. Notre campagne s'adresse à tout le monde et si les gens savent que les prostituées constituent un groupe à haut risque et qu'il est possible que le contact avec des prostituées leur fasse contracter le virus, il est possible qu'ils s'abstiennent.

[Text]

[Translation]

• 1050

Mr. McCrossan: Yes.**M. McCrossan:** Oui.

Mr. Tivey: I think everybody has to take some responsibility here. The problem is if we talk about quarantine now, for instance, quarantining people with AIDS, I do not see that as being a solution to the problem at all. What will happen is we will force a whole group of people underground that may have already been exposed to this virus and are testing positive but showing no symptoms. If their feeling is that this is what is going to happen, that they are going to be herded away, then they are just not going to be behaving responsibly at all.

The Chairman: Mrs. Browes.**Le président:** Madame Browes.

Mrs. Browes: Thank you, Mr. Chairman. I would like to compliment you on the very pragmatic approach you are taking in the community of Vancouver; you are to be complimented on the real support you are giving to individuals and to groups there.

Mme Browes: Merci, monsieur le président. J'aimerais vous féliciter de la manière très pragmatique dont vous agissez à Vancouver. Vous méritez d'être félicité pour l'aide réelle que vous apportez à ces particuliers et à ces groupes.

My question relates somewhat to what the previous colleagues had mentioned, and that is the reportable disease by provinces. Which provinces do not report?

Ma question se rattache un peu à celle des intervenants précédents. Quelles sont les provinces où cette maladie n'exige pas un rapport du médecin?

Mr. Tivey: Quebec for one. It is a reportable disease in Ontario, in Alberta, in British Columbia, and I think the other one is either Saskatchewan or Manitoba.

M. Tivey: Le Québec. Un rapport est obligatoire en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan ou au Manitoba, l'une ou l'autre.

Mrs. Browes: Yes. When that is not reportable—in fact, I did not know it was not reportable in every province—I am sure it is difficult to get the real statistics . . .

Mme Browes: Oui. Quand il n'y a pas de rapport obligatoire—et en fait, je ne savais pas que cela n'était pas obligatoire dans toutes les provinces—cela doit rendre très difficile l'établissement de statistiques . . .

Mr. Tivey: Yes.**M. Tivey:** Oui.

Mrs. Browes: —in order to combat this in the best way we can. Mr. Chairman, I might recommend that we discuss, after the witness leaves, a preliminary kind of recommendation to the Minister that might speak with the provinces concerning the reportable diseases each province would be reporting.

Mme Browes: . . . nous permettant de combattre au mieux de nos moyens cette maladie. Monsieur le président, j'aimerais recommander qu'après le départ du témoin nous discussions d'une sorte de recommandation préliminaire au ministre lui demandant de consulter les provinces sur les maladies faisant obligatoirement l'objet d'un rapport.

My second question would relate to your brochure on women and AIDS. I was just wondering what focus you were taking on that particular brochure besides the regular brochure on education. What is your focus on that?

Ma deuxième question concerne votre brochure sur les femmes et le SIDA. Je me demandais simplement sur quel aspect particulier vous mettiez l'accent dans cette brochure qui se distingue de votre brochure à caractère proprement éducatif. Sur quel aspect insistez-vous?

Mr. Tivey: The focus on the brochure—it is just being put together now—again is protecting yourself. Who is at risk? Which women are at risk? So we talk about the Haitian community, about female prostitutes, about intravenous drug use, and about the ways it can be transmitted sexually by heterosexual intercourse. Again, the most effective route is anal intercourse, which is not restricted to the homosexual community. So it is from a protect yourself standpoint. We are also talking about children and how AIDS can be transmitted to an unborn child at the time of birth.

M. Tivey: Dans cette brochure—nous en sommes à la phase finale de sa réalisation—encore une fois, nous insistons sur la protection personnelle. Qui court un risque? Quelle femme court un risque? Nous parlons de la communauté haïtienne, des prostituées femmes, de la drogue par injection intraveineuse et des manières dont la maladie peut être transmise sexuellement lors de rapports hétérosexuels. Encore une fois, le plus grand risque, c'est le rapport anal qui n'est pas limité à la communauté homosexuelle. C'est donc un guide de protection personnelle. Nous parlons aussi des enfants et comment le SIDA peut être transmis au foetus.

Mrs. Browes: I see.**Mme Browes:** Je vois.

The Chairman: Thank you, Mrs. Browes. Mr. Lesick, about two minutes.

Le président: Merci, madame Browes. Monsieur Lesick, environ deux minutes.

[Texte]

Mr. Lesick: Thank you very much. The information packets you have are very interesting, Mr. Chairman, and hopefully each member of this committee can obtain the information you have. How does that compare with the government official brochure? Do you use that? Is that a good one, in your opinion?

Mr. Tivey: The federal government?

Mr. Lesick: Yes, that is right.

Mr. Tivey: Yes, the federal government brochure is a very good one; unfortunately, it is outdated. I saw there was one that had been printed this year, but I have not seen it yet. So we are still looking at the green one, the green and orange one.

Mr. Lesick: Yes.

Mr. Tivey: The statistics are quite out of date. They mention there is only one case of AIDS in an intravenous drug user; those figures have changed quite a bit now.

Mr. Lesick: How did you get involved in AIDS Vancouver? What is your medical background? What is your background?

Mr. Tivey: My background is in counselling. I worked with three different organizations, counselling people with life-threatening illnesses. I have also been involved with the Crisis Centre in Vancouver. So that is where I am coming from.

Mr. Lesick: I have to admire you, and I want to compliment you on that. Thank you very much.

Mr. Tivey: Thank you.

The Chairman: Mr. Redway.

Mr. Redway: Mr. Tivey, I am interested in your relationship, if any, between your organization and the public health organization in Vancouver. Obviously, from what you have said, you are not a doctor and you are not a public health nurse. Is there any direct relationship there? Should there be? If we are considering some funding or encouraging some sort of information network, I would think the normal thing for us to look at would be the public health facilities, the medical officers of health and public health nurses, as opposed to setting up a whole network of organizations like yours. Could you comment on that area, please?

• 1055

Mr. Tivey: Yes. We have about five or six doctors on our board of directors. I work very closely with a lot of the doctors in Vancouver. I do not speak as a doctor, as a medical person. We have, I think it is eight doctors and specialists on our advisory board. We work quite closely with the city health department. We have not had a lot of dialogue with the provincial government in B.C. yet. The B.C. government has been involved in providing funds for St. Paul's Hospital and to set up the test site and to issue this one brochure. This one has come from the provincial government.

[Traduction]

M. Lesick: Merci beaucoup. Tous ces documents sont très intéressants, monsieur le président, et j'espère que chaque membre de ce Comité pourra en avoir un exemplaire. Quelle est la valeur comparative de la brochure officielle du gouvernement? Vous en servez-vous? Est-ce un bon document d'information, à votre avis?

M. Tivey: Le gouvernement fédéral?

M. Lesick: Oui.

M. Tivey: Oui, la brochure du gouvernement fédéral est excellente mais malheureusement elle date. Une nouvelle brochure vient d'être imprimée cette année, mais je ne l'ai pas encore vue. Nous en sommes donc toujours à la brochure verte et à la brochure orange.

M. Lesick: Oui.

M. Tivey: Les statistiques ne sont pas du tout à jour. Cette brochure ne mentionne qu'un seul cas de SIDA décelé chez ceux qui se droguent par injection intraveineuse. Les chiffres ont pas mal progressé.

M. Lesick: Comment avez-vous été amené à participer à *AIDS Vancouver*? Quelles sont vos connaissances médicales? Quelles sont vos compétences?

M. Tivey: Je suis conseiller. J'ai travaillé avec trois organismes différents conseillant les victimes de maladies mortelles. J'ai également travaillé pour le *Crisis Center* de Vancouver. Ce sont mes qualifications professionnelles.

M. Lesick: Je dois dire que je vous admire et que je vous félicite. Merci beaucoup.

M. Tivey: Merci.

Le président: Monsieur Redway.

M. Redway: Monsieur Tivey, j'aimerais connaître les rapports qui existent, le cas échéant, entre votre organisme et l'organisme de santé publique de Vancouver. De toute évidence, d'après vos propos, vous n'êtes pas médecin et vous n'êtes pas infirmier. Y a-t-il un rapport direct? Devrait-il y en avoir? Au cas où nous envisagerions de financer ou d'encourager une sorte de réseau d'information, il me semblerait normal que nous regardions du côté des organismes de santé publique, des professionnels de la santé plutôt que d'organismes comme le vôtre. Qu'en pensez-vous?

M. Tivey: Cinq ou six médecins sont membres de notre conseil d'administration. Je travaille en étroite collaboration avec un grand nombre de médecins de Vancouver. Je ne parle pas en tant que médecin ou en tant que professionnel de la santé. Je crois que huit médecins et spécialistes sont membres de notre commission consultative. Nous travaillons en étroite collaboration avec les services sanitaires de la ville. Pour le moment, le dialogue avec le gouvernement provincial est assez limité. Le gouvernement de Colombie-Britannique a participé en fournissant des fonds à l'hôpital Saint-Paul et des fonds pour la création du laboratoire d'analyses et la publication de

[Text]

The Chairman: Are you through, Mr. Tivey?

Mr. Tivey: I do not think I have quite answered the question.

The Chairman: I am sorry. Carry on. I beg your pardon.

Mr. Tivey: I think the groups that are at high risk here are still better reached through the grassroots organizations, certainly working in close contact, as we are, with the city health department and with doctors. I do not think the information has to come from doctors.

The Chairman: Okay, Mr. Redway.

Mr. Redway: I guess my sense is that right now, public health officials are very actively involved in the whole area of sexually transmitted diseases, and I am just wondering whether or not that would be the route to take to strengthen that area in the AIDS counselling and detection system, as opposed to setting up clinics like yours. However, I am not sure whether you have anything more you can add in that respect.

Mr. Tivey: Yes, possibly. Ours is not a clinic. Ours is an office, a hotline. We have support services, counselling services, but we are really not a clinic. We do not do any testing or any treatment at all.

Mr. Redway: There is no funding in any way from the public health authorities in the City of Vancouver or the province. Is that what you are saying?

Mr. Tivey: Not from the province, no.

Mr. Redway: There is from the city?

Mr. Tivey: Yes. Our project is jointly funded through City of Vancouver and through the federal Health and Welfare.

Mr. Redway: I see. Thanks.

The Chairman: Thank you, Mr. Redway. One very brief question, Mr. McCrossan.

Mr. McCrossan: Yes. It has to do with your comments regarding the use of the test by insurance companies. The chances of a person in their twenties or thirties dying is between 0.5 and 1 per thousand. In rating insurance policies, we take account of smoking, which only triples your rate of dying, up to 1.5 to 3, and we take account of overweight, which doubles your chance of dying.

You indicate that you have some reservations about using the test, because only 10% of those who show the antibodies develop AIDS ultimately, but that is 100 out of 1,000, compared to a normal death rate of 0.5 out of 1,000. You know, when you are talking about something that is 200 times as likely, how do you defend not using that information, when the scale is so different from normal death rates?

Mr. Tivey: I guess I am not saying it should not be used. I do not feel I am a person who can say it should or should not be used. I just see the possibility for a lot of discrimination, not

[Translation]

cette brochure. Cette brochure est publiée par le gouvernement provincial.

Le président: Vous avez terminé, monsieur Tivey?

M. Tivey: Je ne pense pas avoir complètement répondu à la question.

Le président: Je m'excuse, poursuivez. Je m'excuse.

M. Tivey: Je crois qu'il est toujours plus facile de contacter les groupes exposés au plus grand risque par le biais d'organismes de base qui travaillent en étroite collaboration, comme nous le faisons, avec les services sanitaires de la ville et les médecins. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire que ces renseignements viennent des médecins.

Le président: Très bien, monsieur Redway.

M. Redway: J'ai l'impression qu'à l'heure actuelle, les responsables de la santé publique s'intéressent de très près à toute la question des maladies transmises sexuellement, et je me demande simplement s'il ne serait pas plus judicieux de faire appel à eux pour les questions liées au SIDA, la prévention, le dépistage, etc., plutôt que de financer des cliniques comme la vôtre. Vous avez peut-être d'autres arguments.

M. Tivey: Oui. Notre centre n'est pas une clinique. C'est un bureau, une ligne ouverte. Nous offrons des services de soutien, des services de conseils mais nous ne sommes pas réellement une clinique. Nous ne faisons pas d'analyses, nous n'offrons pas de traitements.

M. Redway: Vous ne bénéficiez d'aucun financement des services sanitaires publics de la ville de Vancouver ou de la province. C'est ce que vous me dites?

M. Tivey: Rien de la province, non.

M. Redway: Et la ville?

M. Tivey: Si. Notre projet est financé à la fois par la ville de Vancouver et le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être.

M. Redway: Je vois. Merci.

Le président: Merci, monsieur Redway. Une toute petite question, monsieur McCrossan.

M. McCrossan: Oui. Elle concerne vos commentaires sur l'examen réclamé par les compagnies d'assurances. Le taux de mortalité des personnes de 20 ans ou de 30 ans est de 0,5 à 1 pour 1,000. Lorsque nous calculons les polices d'assurances, nous tenons compte du fait que l'assuré fume, ce qui ne fait que tripler le taux de mortalité qui passe de 1,5 à 3 pour 1,000, et nous tenons compte de l'obésité qui double le taux de mortalité.

Vous avez dit avoir certaines réserves au sujet de cet examen car seuls 10 p. 100 de ceux qui sont porteurs du virus finissent par attraper le SIDA, mais cela fait 100 pour 1,000 comparé au taux de mortalité normal qui est de 0,5 pour 1,000. Avec un taux multiplié par 200, comment pouvez-vous vous opposer à cet examen?

M. Tivey: Je ne dis pas qu'il ne devrait pas être utilisé. Je ne pense pas être en mesure de me prononcer. J'entrevois simplement une forte possibilité de discrimination non

[Texte]

only through insurance companies, but also through employers, future employers which may require the test. A lot of people who, in fact, are not going to get sick and are going to live healthy lives and die at 80 from something else, may be refused a job or refused insurance, because they are showing the antibody in their blood.

If I were tested for measles right now, I would test positive. I would have the antibody to measles in my blood, because I have been exposed to measles. That does not mean I am going to die from it.

The Chairman: Sorry, the Chair has to cut off the discussion. Mr. Tivey, I want to thank you very much for coming this morning. We have appreciated your testimony.

The committee should be reminded that the next meeting of this committee will be on Thursday of next week at 9.30 a.m. with Dr. Dorothy Ley, Executive Director of the Palliative Care Foundation, from Toronto, and Dr. John Derrick, Director of the AID Project of the Red Cross Society.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

seulement de la part des compagnies d'assurances mais également de la part des employeurs, de futurs employeurs qui pourraient exiger cet examen. Beaucoup de personnes qui en fait ne seront jamais malades et vivront tout à fait normalement jusqu'à 80 ans pourraient se voir refuser un emploi ou une assurance simplement parce que cet anticorps est présent dans leur sang.

Si on me faisait le test de la varicelle maintenant, il serait positif. J'aurais cet anticorps de la varicelle dans mon sang car j'ai eu la varicelle. Cela ne veut pas dire pour autant que je vais en mourir.

Le président: Je m'excuse, mais je dois interrompre la discussion. Monsieur Tivey, je tiens à vous remercier infiniment d'être venu ce matin. Votre témoignage a été fort intéressant.

J'aimerais vous rappeler que notre prochaine réunion aura lieu jeudi prochain à 09h30 et nos témoins seront le Dr Dorothy Ley, directeur exécutif de la *Palliative Care Foundation* de Toronto et le Dr John Derrick, directeur du projet sur le SIDA de la société de la Croix-Rouge.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Hospital for Sick Children:

Dr. Stan Read, Toronto.

From AIDS Centre—Vancouver:

Robert Tivey.

Du Hospital for Sick Children:

D^r Stan Read, Toronto.

Du AIDS Centre—Vancouver:

Robert Tivey.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 27

Thursday, December 12, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 27

Le jeudi 12 décembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Leo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, DECEMBER 12, 1985
(32)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:46 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Bruce Halliday, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, Anne Margaret Mitchell, and Brian White.

Alternates present: Bill Lesick and Alan Redway.

In attendance: From the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witnesses: From the Palliative Care Foundation: Dr. Dorothy Ley, Executive Director. *From the Canadian Red Cross Society:* Dr. John Derrick, Director, AIDS Project.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985 in relation to the report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985 Issue No. 22*), in relation to the Committee's study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).

Dr. Dorothy Ley made a statement and answered questions.

Dr. John Derrick made a statement and answered questions.

Pauline Browes moved,—That the Committee approve the budget for direct costs of \$66,667.50 presented by the Chairman for the period of October 1, 1985, to March 31, 1986; and that the Chairman be instructed to present the said budget, to the Board of Internal Economy.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Brian White moved,—That the Committee invite the following individuals and/or organizations to appear before the Committee:

From the Science Council of Canada:

Dr. Stuart Smith, Chairman.

Representatives from:

- 1) The Canadian Institute of Actuaries
- 2) The Canadian Life and Health Association
- 3) *Institut Schiller (Comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA)*
- 4) Department of Justice
- 5) The Canadian Medical Association

Questioning of the witnesses was resumed.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 12 DÉCEMBRE 1985
(32)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales s'est réuni ce jour à 9 h 46, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Bruce Halliday, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin, Anne Margaret Mitchell et Brian White.

Substituts présents: Bill Lesick et Alan Redway.

Aussi présent: De la Bibliothèques du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoins: De la «Palliative Care Foundation»: Dr Dorothy Ley, directeur exécutif. *De la Société canadienne de la Croix Rouge:* Dr John Derrick, directeur, «AIDS Project».

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi en date du 22 avril 1985, relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière terminée le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbal et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); et à son ordre de renvoi en date du 10 septembre 1985, relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière terminée le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbal et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*), relatif à l'étude entreprise par le Comité sur la question du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

Le Dr Dorothy Ley fait une déclaration et répond aux questions.

Le Dr John Derrick fait une déclaration et répond aux questions.

Pauline Browes, propose,—Que le Comité approuve le budget de \$66,667.50 pour les frais directs, proposé par le président pour la période allant du 1^{er} octobre 1985 au 31 mars 1986, et donne au président mandat de soumettre ledit budget au Bureau de régie interne.

Après débat, la proposition est mise aux voix et approuvée.

Brian White propose,—Que le Comité invite les individus et organismes suivants à comparaître devant lui:

Du Conseil des sciences du Canada:

Dr Stuart Smith, président

Les représentants des organismes suivants:

- 1) L'Institut canadien des actuaires
- 2) L'Association canadienne des compagnies d'assurance-vie
- 3) L'Institut Schiller (Comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA)
- 4) Le ministère de la Justice
- 5) L'Association médicale canadienne

L'audition des témoins reprend.

At 11:08 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair. A 11 h 08, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvel ordre.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, December 12, 1985

• 0946

The Chairman: Order, please.

The Chair sees a quorum of four. I would draw to the attention of all members, though, that we do not have an opposition member here, regrettably. I would suggest, though, that with the unanimous consent of all members here present we proceed and hear our witness and have it recorded. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: The order of the day is resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985. Study on AIDS.

The witnesses today are Dr. Dorothy Ley, from the Palliative Care Foundation of Toronto, and Dr. John Derrick, Director of the AIDS Project of the Canadian Red Cross Society.

We are now over 15 minutes late, and I would suggest that we begin by hearing Dr. Ley, who comes to us with a very highly regarded career behind her. Not the least of her accomplishments is that she graduated from Lawrence Park Collegiate in Toronto, from which I did not graduate but she was there a couple of years ahead of me. Dorothy has been very involved over the years with the Ontario Medical Association in laboratory medicine. She has had a lot to do with that. She is also a haematologist, and now has taken on her new role as head of the Palliative Care Foundation, which is a relatively new organization which has recognized the fact that Canadians are going to have to face the fact that in the future we are going to have a lot more older people who are going to be requiring institutionalized care over the years. Dorothy has taken on this role as president of that—or is it executive director?

Dr. Dorothy Ley (President, Palliative Care Foundation, Toronto): I am the president now.

The Chairman: You can understand that this subject of AIDS, which has come to the fore very recently, is of grave concern to them because of the implications regarding hospitalization.

So we are very pleased to have you here, Dr. Ley. We look forward to your testimony. We will allow about 40 minutes to your presentation and some questions. The longer you talk, the shorter the questioning, and vice versa.

Dr. Ley: Thank you, Dr. Halliday and members of the committee, for giving me the opportunity to appear before you this morning.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 12 décembre 1985

Le président: À l'ordre s'il vous plaît.

Je vois que nous avons le quorum de quatre. Je vous signale toutefois qu'il n'y a malheureusement pas de membres de l'opposition. Avec le consentement unanime de tous les membres ici présents, je propose que nous commençons et que le témoignage soit consigné au compte-rendu. D'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous reprenons donc l'étude de l'ordre de renvoi du comité concernant le rapport annuel du Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être social pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1984, et le rapport annuel du Conseil de Recherche Médical pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1985. L'étude sur le SIDA.

Nos témoins aujourd'hui sont le docteur Dorothy Ley, de la Fondation des soins palliatifs de Toronto, et le docteur John Derrick, Directeur—projet sur le SIDA, Société canadienne de la Croix Rouge.

Nous avons déjà plus de 15 minutes de retard, et je propose que nous entendions pour commencer le docteur Ley qui a déjà une très belle carrière derrière elle. Parmi ses réalisations, et non la moindre, elle a obtenu un diplôme du *Lawrence Park Collegiate* de Toronto, établissement duquel je ne suis pas diplômé, mais où je suis passé quelques années après elle. Dorothy est très active depuis des années en médecine de laboratoire au sein de l'Association Médicale de l'Ontario. Elle a beaucoup d'expérience de ce côté là. Elle est également hématologiste, et elle assume désormais un nouveau rôle en tant que directeur de la Fondation des soins palliatifs qui est une organisation relativement nouvelle établie en vue du fait qu'à l'avenir de plus en plus de personnes âgées auront besoin de soins institutionnalisés. Dorothy est la présidente de cette organisation—ou plutôt son directeur exécutif.

Dr Dorothy Ley (présidente, Fondation des soins palliatifs, Toronto): Je suis maintenant la présidente de la fondation.

Le président: Vous comprenez que le SIDA qui a fait son apparition tout récemment est un sujet de grande préoccupation pour la fondation, étant donné son incidence sur l'hospitalisation.

Nous sommes très heureux de vous accueillir, docteur Ley. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage. Nous avons environ 40 minutes pour votre déclaration et des questions. La longueur de la période des questions sera fonction de la longueur de votre déclaration.

Dr Ley: Merci docteur Halliday et membres du comité de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant votre comité ce matin.

[Text]

I am here because I think it should be drawn to everyone's attention that AIDS presents a somewhat unique problem to our health care system, quite apart from its epidemiological, medical and psycho-social problems.

The overall reported mortality rates vary between 66% and 80%. In my presentation to you I have tried to outline some of the implications of that mortality rate as far as our care for the terminally ill are concerned and as far as our health care system is concerned.

We at the Palliative Care Foundation believe that the care of these dying patients is as important as the cure of the disease, and until we find a cure for the disease in fact it will probably become increasingly more important.

• 0950

At the present time there are palliative care programs in Canada, primarily in the large urban centres, that have cared for AIDS patients on a more or less ad hoc basis. As Dr. Halliday knows, because he attended the conference in Winnipeg, the First National Palliative Care Conference, concern was expressed by the providers of care that they were ill-fitted for accepting the responsibility for caring for a large number of desperately ill, dying patients. In a nutshell, that is really why I am here today.

I have given you a definition of palliative care which I will not belabour; you can read it. It is a philosophy of care for dying people, and it extends not just to the young people who have cancer, which is the group of patients that have been highlighted in the literature about palliative care, but the increasing proportion of our population who are elderly, or the group we are discussing today, the people who are dying of AIDS.

There are certain basic principles in palliative care. First of all, the control of symptoms. And in this particular group, that aspect of care can be very, very difficult. I am not sure how much you know about the medical complications of dying from AIDS, but they are devastating, not necessarily in type, but in degree. It would appear that the terminally ill patient is not particularly infectious and that infection control techniques that one uses to control hepatitis B are probably sufficient to protect the care-givers.

However, as I have pointed out to you, a significant proportion of these patients develop other infections that can pose a problem to the care-givers, and salmonella infections and shigella are two of them. Furthermore, in managing these patients, one has to consider cross-infection between people who are prone to infection, which again poses problems in nursing and management. It is a physically very unpleasant death. It includes pain, diarrhoea, respiratory symptoms, fever, skin problems, particularly in the people who develop Kaposi's sarcoma, and in an increasing proportion of these people, dementia. If you can imagine for a moment the problems of

[Translation]

Je suis ici pour vous dire que le SIDA présente un problème en quelque sorte unique pour notre système de santé qui va bien au delà des problèmes épidémiologiques, médicaux et psychosociaux.

Le taux enregistré de mortalité varie dans son ensemble entre 66 et 80 p. 100. Dans mon exposé, je tente de vous décrire certaines des incidences de ce taux de mortalité sur les soins prodigués aux malades en phase terminale et sur notre système de santé.

Nous de la Fondation des soins palliatifs estimons que traiter les patients en phase terminale est aussi important que de trouver un remède à la maladie, et tant que nous n'aurons pas trouvé de solution, le traitement sera d'autant plus important.

À l'heure actuelle, au Canada, principalement dans les grands centres urbains, il existe des programmes de soins palliatifs pour les victimes du SIDA. Comme le Dr Haliday le sait pour avoir assisté à la Première conférence nationale des soins palliatifs à Winnipeg, les spécialistes de la santé se sont dits mal équipés pour traiter d'un grand nombre de patients désespérément malades et mourants. Voici en gros pourquoi je suis là aujourd'hui.

Je vous ai donné une définition de ce que sont les soins palliatifs, et je ne m'y attarderai pas plus longtemps; vous pouvez la lire. Les soins palliatifs reposent sur une philosophie de traitement des mourants—philosophie qui s'applique non seulement aux jeunes atteints du cancer, c'est-à-dire aux groupes de patients mis en lumière dans la documentation au sujet des soins palliatifs, mais aussi sur la proportion grandissante de notre population constituée de personnes âgées ou sur le groupe dont nous discutons aujourd'hui, soit les victimes du SIDA.

Certains principes fondamentaux sous-tendent les soins palliatifs. D'abord, le contrôle des symptômes. Pour ce groupe particulier, cet aspect du traitement peut être très difficile. Je ne sais pas dans quelle mesure vous connaissez les complications médicales du SIDA, mais elles sont dévastatrices, pas nécessairement de par leur nature, mais en termes de degrés. Il apparaît que les patients en phase terminale ne sont pas particulièrement infectieux et que les techniques d'immunisation pour le contrôle de l'hépatite de type HB sont probablement suffisantes pour protéger ceux qui prodiguent les soins.

Cependant, comme je l'ai déjà mentionné, une bonne part de ces patients développent d'autres infections qui peuvent causer des problèmes à ceux qui donnent les soins; notamment la salmonellose et la shigellose. Il y a en outre la possibilité d'infection chez les personnes sujettes à l'infection, ce qui entraîne des problèmes sur le plan du traitement et de la gestion de ces patients. Le SIDA amène une mort très déplaisante sur le plan physique. La maladie s'accompagne de douleurs, de diarrhée, de symptômes respiratoires, de fièvre, de problèmes épidermiques, particulièrement chez les victimes qui développent la maladie de Kaposi, de même que la démence chez un nombre croissant de patients. Imaginez-vous les

[Texte]

nursing a dying person who is demented and is having 40 bowel movements a day, it is not easy.

In San Francisco, it has been estimated that these patients require 24-hour care within the 48- to 72-hour period prior to their death; constant nursing. In St. Paul's Hospital in Vancouver, it has been estimated that once they have been admitted to hospital, and for the last, probably three, weeks of their lives, they require an average of 20 hours of nursing care a week. I probably do not have to tell this committee the implications of that. However, if you think of an intensive care unit and you realize that you are talking about three and a half to six hours of nursing care a day in an ICU, you can imagine what the difference is. So control of symptoms is part of palliative care.

The second aspect of palliative care for which these people present a challenge is counselling and psycho-social assistance for the dying person, their immediate family and their community, to relieve the suffering and anxiety resulting from serious illness and impending death.

Since AIDS in our western society is a disease of homosexuals and drug abusers, you are dealing with a segment of society that society has already rejected, the fabric of whose life is torn, and whose own immediate families, by and large, have rejected them. The burden on the counsellor is a continuous one and an intense one. I think it should not be underestimated.

Counselling for the family of these people can be important. A family whose son is not known to be a homosexual who turns up at home with AIDS can require a great deal of support and counselling from all the social services, from the clergy, from the physicians, the social workers, the psychologists.

• 0955

Finally, the third aspect of palliative care is bereavement support. If you believe, as the people who practise palliative care do and as I do, that you are not treating a disease when you are looking after a dying patient but you are looking after a person who is part of a family and part of a community, then when that person dies you are left with the family and the community to care for. I cannot emphasize too much some of the problems that are left behind in the community in which that person has lived and in the family from which he or she has come.

Palliative care is a rapidly growing field in Canada, but it is a fragile field. It is new; it is 10 years old. It is not what my statistical friends would call a hard field, as much of the data in palliative care is anecdotal. Many of the members of my profession believe that people have always died and they die in pain and that is the end of that, so why spend your precious health-care dollars on looking after a lot of people who are dying? Well, I suppose it is your philosophy. But we all die, and the proportion of our population that is requiring extended care before they die is increasing. I think one can answer their skepticism by pointing out the fact that people and families who receive palliative care by and large have a better death and a better period of bereavement.

[Traduction]

difficultés de soigner un mourant atteint de démence qui a 40 selles par jour; ce n'est pas facile.

À San Francisco, on estime que de 48 à 72 heures avant leur décès, ces patients exigent des soins constants, 24 heures sur 24. À l'hôpital St. Paul à Vancouver, on a déterminé qu'après leur admission, pendant probablement les trois dernières semaines de leur maladie, ces patients exigent en moyenne 20 heures de soins par semaine. Je n'ai pas à vous dire ce que cela implique comme conséquences. Vous n'avez qu'à penser que cela représente environ de trois heures et demie à six heures d'attention par jour aux soins intensifs. Le contrôle des symptômes est donc un élément des soins palliatifs.

Le deuxième élément qui représente un défi réside dans l'orientation et l'aide psychosociale destinées au mourant, à sa famille immédiate et à son milieu pour soulager la souffrance et l'anxiété inhérentes à une maladie grave et à une mort imminente.

Étant donné que dans notre société occidentale, le SIDA est une maladie d'homosexuels et de toxicomanes, les victimes sont des éléments que la société a déjà rejetés, dont la vie est déchirée et dont la famille immédiate ne veut généralement rien savoir. Le travail du conseiller est constant et intense. Il ne faut pas le sous-estimer.

Le counselling de la famille des victimes peut être important. Une famille dont le fils n'est pas connu comme homosexuel et qui se retrouve atteint de SIDA peut avoir énormément d'appui et de counselling de la part de tous les services sociaux, du clergé, des médecins, des travailleurs sociaux, des psychologues.

Enfin, le troisième aspect est l'aide aux familles endeuillées. Comme les gens qui pratiquent les soins palliatifs et comme moi-même, si vous considérez qu'en soignant un malade à l'agonie ce n'est pas une maladie que vous traitez mais une personne, intégrée dans une famille et dans une collectivité, lorsque cette personne décède elle laisse derrière elle cette famille et cette collectivité. On ne soulignera jamais assez les problèmes qu'un malade décédé laisse derrière lui dans la communauté et dans la famille dont il faisait partie.

Les soins palliatifs sont un secteur en croissance rapide au Canada mais qui reste fragile. Il est nouveau, avec 10 années d'expérience à peine. Ce n'est pas un domaine bien circonscrit, comme le disent mes amis les statisticiens, un grand nombre des données étant anecdotiques. Beaucoup de membres de ma profession considèrent qu'il faut bien mourir et mourir dans la souffrance, qu'il n'y a rien à faire et donc pourquoi gaspiller des crédits précieux à s'occuper des mourants? C'est évidemment une façon de voir mais nous sommes tous appelés à mourir et la proportion de notre population qui a besoin de soins intensifs avant leur mort s'accroît. Je pense que l'on peut répliquer à leur scepticisme en faisant valoir que les personnes

[Text]

What is the role of the foundation? First of all, what are the implications for our health-care system of this increase in the terminally ill with a disease like AIDS? In San Francisco, which is really the only community that has done any in-depth study of the care of a large number of AIDS victims—primarily because they are, as I say, the homosexual capital of North America—in San Francisco it costs \$800 a day to care for an AIDS patient in a hospital and less than \$100 a day in their home-care system.

Now, the American model for caring for the terminally ill is quite different from ours. Traditionally, palliative care in Canada has been given in specialized units in institutions—whether those institutions are acute-care hospitals or whether they are chronic-care institutions—with relatively little community care. In the United States, the reverse has been true: much of the hospice or palliative-care activity grew up in the community. They also have free-standing hospices, while we do not. We have one free-standing hospice in Canada, which is the Hôtel Michel Sarrazin in Quebec City, which is a demonstration project of the University of Laval. So we have no free-standing hospices, and we use our acute-care institutions to care for the dying.

In San Francisco, 90% of these patients die at home on the home-support program in San Francisco and 10% in hospitals; the reverse is true in the Canadian situation, as far as we can tell. The average stay is about 57 days on the program. In St. Paul's Hospital in Vancouver, which probably has the most experience with AIDS victims of any single hospital in Canada apart from Montreal General, they stay about 48 days in hospital.

I think the implications for our acute-care institutions in terms of cost are self-evident. There are no Canadian figures for the cost of providing palliative care in a community, either for AIDS victims or other victims.

The second comment I would like to make about our community services is that except in very small, isolated situations, we really do not have the community programs in place to care for these people. This is particularly true in large metropolitan centres, which is where AIDS is concentrated.

• 1000

The foundation would like to say to this committee that we believe an organized survey of existing care for terminally ill persons with AIDS in Canada should be conducted, and documented: an organized survey of existing care, both hospital and community care, for persons with AIDS should be conducted in Canada and certain places in the United States, and we should examine both hospital and home care programs; examine their strengths and their weaknesses. The differences in the two systems, the hospital oriented and the home care oriented, are marked and well defined. We believe such a study would provide information for the planning of care for the expected increase in number of AIDS victims in the next several years and help to lessen the impact on our health care

[Translation]

et les familles qui bénéficient de soins palliatifs connaissent une mort et une période de deuil moins difficile.

Quel est le rôle de la fondation? Tout d'abord, quelles sont les répercussions sur notre système de santé de cet accroissement des patients condamnés souffrant d'une maladie comme le SIDA? À San Francisco, qui est la seule agglomération où une étude en profondeur ait été réalisée sur les soins donnés à un grand nombre de victimes du SIDA—cela est dû principalement à ce que cette ville est la capitale de l'homosexualité en Amérique du Nord—à San Francisco, donc, il en coûte 800\$ par jour par malade du SIDA traité en hôpital et moins de 100\$ s'il est traité à domicile.

Evidemment, aux États-Unis, on traite différemment de chez nous les malades condamnés. Les soins palliatifs sont dispensés traditionnellement au Canada dans des unités spécialisées d'établissement de santé—qu'il s'agisse d'hôpitaux ou de centres pour malades chroniques—avec peu d'intervention de la collectivité. Aux États-Unis, c'est l'inverse: une bonne partie des soins palliatifs relève de l'initiative communautaire. On y trouve également beaucoup d'hospices autonomes, ce qui n'est pas le cas chez nous. Nous n'avons qu'un hospice autonome au Canada, l'Hôtel Michel Sarrazin à Québec, lequel est un projet pilote de l'Université Laval. Nous n'avons donc pas d'hospice autonome et nous soignons nos mourants dans les hôpitaux ordinaires.

À San Francisco, 90 p. 100 de ces patients meurent chez eux dans le cadre du Programme de soins à domicile, et 10 p. 100 à l'hôpital; au Canada, pour autant que l'on sache, c'est exactement l'inverse. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est de 57 jours. À l'hôpital St. Paul de Vancouver, l'hôpital canadien qui a probablement le plus d'expérience du SIDA avec l'hôpital général de Montréal, la durée de séjour à l'hôpital est d'environ 48 jours.

Les implications pour nos hôpitaux, sur le plan des coûts, sont évidentes. Il n'existe pas au Canada de chiffres sur le coût des soins palliatifs, qu'il s'agisse de victimes du SIDA ou d'autres malades.

La seconde remarque que je ferai concernant nos services communautaires est que, à quelques rares exceptions près, nous ne disposons pas des programmes communautaires nécessaires pour soigner ces gens. Cela est particulièrement vrai dans les grandes agglomérations où le SIDA se concentre.

Notre fondation tient à faire savoir à votre Comité qu'elle considère nécessaire une étude organisée de tous les soins des malades du SIDA condamnés au Canada, une enquête organisée de tous les types de soins existants, tant à l'hôpital qu'en milieu communautaire, des personnes atteintes de SIDA au Canada et dans certaines villes des États-Unis, portant tant sur les programmes hospitaliers que sur les soins à domicile, afin d'en déterminer les avantages et inconvénients respectifs. Les différences entre les deux systèmes, le système hospitalier et le système à domicile, sont prononcées et bien définies. Nous considérons qu'une telle étude apporterait des renseignements utiles à la planification des soins, face à la multiplication du nombre des victimes du SIDA prévu pour les prochaines

[Texte]

system. The foundation has gathered some information on a casual basis about activities in Toronto, Vancouver and Montreal, but it is fragmented and anecdotal.

The second area we believe should be addressed—and we hope this committee can promote such activity—would be to develop a working group or group of experts, whatever you want to call it, to develop an appropriate Canadian model for integrated palliative care for AIDS victims, to identify particularly the nature and extent of community services that are needed to prolong the length of stay outside hospital, taking into account the existing palliative care programs and services and building on their experience and their expertise. It is essential that the additional personnel be identified that are needed to augment community care and the training necessary to provide that personnel. In a community it is volunteer intensive, it requires special training; and the development of a good community program can relieve the burden on the acute-care beds.

Finally I would just like to say that the compassionate philosophy of palliative care is nowhere more appropriate than for the care of a segment of our society with a disease such that despite the fact that we are beginning to come to terms, as a society, with homosexuality and with drug abuse, we still have an attitude that threatens to make these people the lepers of the 20th Century.

Mrs. Browes: I would like to thank you very much for being here today and giving us your expertise and the very real experience you have had in this field, which is so very important.

You talked about the institutional care and the home care. I was wondering if you might comment on institutional care for palliative care as opposed to those persons, chronic patients, in an active treatment bed hospital. Do you know what the cost-factor analysis would be? If you are suggesting that we perhaps set up palliative-care hospitals, and I know there is a crying need in the City of Toronto for these chronic-care beds, I see them being attached to active hospitals. I was wondering if you would like to comment on actually setting up the chronic care types of institutions, as opposed to attaching them to the active treatment bed hospitals.

• 1005

Dr. Ley: You are asking for the gospel according to St. Dorothy, you realize that.

Mrs. Browes: Excellent!

Dr. Ley: I think you should realize that there are three different—and this is a little off the subject of AIDS, although it does apply to the AIDS patient, because they are within the system—kinds of palliative-care programs in Canada: One is the palliative-care unit, which is in an acute-care hospital and, really, is a specialized part of a hospital—a ward, if you want to put it that way. The second is a team with scattered beds, within an acute-care hospital. Now, both those can exist in a chronic-care institution, and do, across Canada. There are

[Traduction]

années et en amortirait les répercussions sur notre système de santé. La fondation a réuni empiriquement des renseignements sur les activités à Toronto, à Vancouver et à Montréal, mais ils sont fragmentés et anecdotiques.

La deuxième chose qu'il conviendrait d'entreprendre—et nous espérons que ce Comité pourra y contribuer—serait de mettre sur pied un groupe de travail ou un groupe d'experts, peu importe l'appellation, afin de mettre au point un modèle canadien approprié de soins palliatifs intégrés pour les victimes du SIDA, afin d'identifier notamment la nature et l'ampleur des services communautaires requis pour prolonger la durée de séjour hors de l'hôpital, en partant des programmes de soins palliatifs existants et en mettant à profit l'expérience et les connaissances de ceux qui les administrent. Il est indispensable de chiffrer le personnel supplémentaire qui sera requis et les besoins de formation de celui-ci. Ce sont des programmes qui font énormément appel au bénévolat, mais ces bénévoles ont besoin d'une formation spéciale et, en mettant au point de bons programmes communautaires, on pourra soulager les hôpitaux, qui sont déjà débordés.

Enfin, j'ajoute que les principes de compassion sur lesquels reposent les soins palliatifs s'imposent tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une catégorie de notre société frappée d'une maladie qui a tendance à faire de ses victimes les lépreux du vingtième siècle, même si la société commence à se montrer tolérante à l'égard de l'homosexualité et des victimes de la drogue.

Mme Browes: Je tiens à vous remercier d'être venu aujourd'hui pour nous faire part de votre profonde expérience dans ce domaine si important.

Vous avez parlé des soins hospitaliers et des soins à domicile. Pourriez-vous nous parler un peu des soins palliatifs en hospice, par opposition au traitement des malades chroniques en hôpital ordinaire? Avez-vous des données de coût comparatives? Si vous proposez de créer des hôpitaux de soins palliatifs, et je sais que le besoin à Toronto en est criant, je les verrais plutôt comme des annexes des hôpitaux actifs. Pouvez-vous nous parler de la structure que vous souhaiteriez donner à ces établissements de soins chroniques, par opposition aux lits de traitement actif en hôpital?

Dr Ley: Vous nous demandez là de prêcher l'évangile selon sainte Dorothee, j'espère que vous le savez.

Mme Browes: Excellent!

Dr Ley: Il existe trois sortes de programmes de soins palliatifs au Canada—et nous sortons là un peu du champ du SIDA, encore que ces programmes s'appliquent également à ces patients, puisqu'ils font partie du système: l'un est l'unité de soins palliatifs, installée dans un hôpital de maladies aiguës, qui constitue ainsi un pavillon spécialisé d'un hôpital. Le deuxième type est une équipe, travaillant en milieu hospitalier normal, dont les patients sont dispersés dans divers services et non regroupés. Ces deux types de programmes peuvent très

[Text]

about 90 in-hospital programs—mixed beds and scattered beds—in Canada. By now, there is probably about 275 to 280 dedicated beds across the country for dying patients. That is about 40% of the estimated needs, if you use Great Britain's planning figures. It is probably about 20%, in view of our geography and our lack of home-care programs. The third area in which palliative care can be given is out in the community in hospices, which do not exist in this country. These are purpose-built places where people can go to get palliative care, or hospice care. By the way, hospice and palliative care are synonymous.

In Great Britain, what has happened over the last 15 years is that they have developed an integrated system of in-hospital care and community care, which allows people to stay out in the community longer. The only time they wind up in an acute-care bed is if they have an acute-medical problem associated with dying. This usually does not apply to the majority of older people, many of the chronically ill—it does apply to a large proportion of people with cancer, and it applies to most of the AIDS people—unless you can arrange for medical care and nursing care outside an institution, which is what happens in the United States. Their medical-care model is so different from ours that it is difficult to extrapolate into Canada. It is easy to say 90% of the people in San Francisco die at home, on home care program, and 10% in hospital, but the funding implications to set up that kind of system in this country are mindboggling.

To go back to your original question: What about the cost of looking after these people in an acute institution, in a chronic institution in the community? There are no good figures, to answer your last question. We do not know. It is easy to say that it costs x hundreds of dollars a day. Let us say, \$800 a day to look after somebody at the Princess Margaret Hospital, and it cost \$200 a day to look after them in the Grace Palliative Care Unit, which has been said. The Princess Margaret is one of the most expensive and sophisticated teaching hospitals in Canada. The Grace is a demonstration project. You are comparing apples with oranges.

The only good study I know of in Canada that has been done of the comparative cost is one from Victoria. The British Columbia government set up a project to develop Hospice Victoria, about 1981, I think it was. Part of the demonstration project was to do a proper cost analysis, not retrospective, but prospective. They had home-care programs in place in Victoria that were used, and they had beds in chronic-care institutions where people could go out of the acute-care institutions, and they had respite beds, or day care beds. They had the ideal mix. They found that if you used this properly, you wound up with about 6% cost savings on the care of matched patients in that system, as compared to the care of the same kind of patient in the acute-care hospital. This is probably what you are talking about: you are not talking about 50%, or 60%, or

[Translation]

bien être mis en oeuvre dans un établissement de malades chroniques, et c'est d'ailleurs le cas un peu partout au Canada. Il existe près de 90 programmes hospitaliers de cette sorte—lits mixtes et lits dispersés—dont le nombre total est probablement d'environ 275 à 280 lits réservés à des patients mourants. Cela correspond à environ 40 p. 100 du besoin estimatif, si l'on se fonde sur les chiffres de planification de la Grande-Bretagne. Vu notre géographie et notre manque de programmes de soins à domicile, cette proportion n'est probablement que de 20 p. 100 chez nous. Le troisième type de programmes concerne les hospices communautaires, genre d'établissements qui n'existent pas chez nous. Ce sont là des établissements spécialement construits, où les gens peuvent se rendre pour obtenir des soins palliatifs ou des soins d'hospice. Je signale que soins palliatifs et soins d'hospice sont synonymes.

En Grande-Bretagne, on a suivi, ces 15 dernières années, une approche intégrée des soins hospitaliers et des soins communautaires, ce qui permet aux patients de passer moins de temps à l'hôpital. Ils ne se retrouvent à l'hôpital, dans un lit de soins intensifs, que s'ils souffrent d'un problème médical aigu, dérivé de leur maladie chronique. C'est rarement le cas de la majorité des personnes âgées, qui représentent une forte proportion des malades chroniques, mais d'une proportion assez importante des malades atteints du cancer ou du SIDA—à moins que l'on puisse organiser des soins médicaux et infirmiers à domicile, comme cela se fait fréquemment aux États-Unis. Le modèle des soins médicaux y diffère tellement du nôtre qu'il est difficile d'en extrapoler les données au Canada. Il est facile de dire que près de 90 p. 100 des malades de San Francisco meurent chez eux, entourés d'un programme de soins à domicile, et 10 p. 100 seulement à l'hôpital, mais les crédits nécessaires pour mettre sur pied ce genre de système chez nous défient l'imagination.

Pour en revenir à votre question: comment se compare le coût des soins de ces malades dans un hôpital et dans un établissement communautaire de malades chroniques? Nous ne le savons pas, car il n'existe pas de chiffres fiables. Il est facile de dire que cela coûte x centaines de dollars par jour, disons 800\$, à l'hôpital Princess Margaret, et 200\$ par jour à l'unité des soins palliatifs de l'hôpital Grace, mais cela ne signifie pas grand-chose. L'hôpital Princess Margaret est l'un des plus modernes et des plus coûteux de tous les hôpitaux universitaires du Canada. Le Centre Grace est un projet pilote, et cela revient à comparer des pommes et des oranges.

La seule bonne étude des coûts comparatifs que je connaisse a été réalisée à Victoria. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis sur pied un projet de construction de l'hospice Victoria vers 1981, je pense. On a réalisé, dans le cadre de ce projet pilote, une analyse de coûts prospective, et non pas rétrospective. Il existait déjà des programmes de soins à domicile, à Victoria, que l'on a utilisés aux fins de la comparaison, il y avait déjà des lits dans des établissements de maladies chroniques où les gens, sortis des hôpitaux, pouvaient passer la journée. On y trouvait donc une gamme idéale de services. On a constaté qu'avec une bonne utilisation de cette gamme, on pouvait réaliser une économie de 6 p. 100 pour un même patient, par comparaison aux mêmes soins en hôpital de soins intensifs. L'économie possible est probablement de ce

[Texte]

30%. You are probably talking about somewhere 6% and 8%, if you have the system in place.

• 1010

Mrs. Browes: Would you not say this is part of your study that you are recommending?

Dr. Ley: Yes. It is desperately needed.

The Chairman: We will go back to you a second time, if we have time. Mr. Lesick and then Ms Mitchell.

Mr. Lesick: Thank you very much, Doctor Ley. I appreciate your being here. Would you explain your ideal for a community program for palliative care.

Dr. Ley: For AIDS or for . . .

Mr. Lesick: Let us say for AIDS. AIDS is an epidemic, we are told. It is multiplying by a factor of 2.5 per year, so we obviously need help there. What is your ideal community program for, let us say, AIDS? You might also consider, in a way, the terminally ill.

Dr. Ley: The ideal program is one that integrates acute care beds with a community program. The difference between the care of dying AIDS patients and traditional palliative care is, first of all, in the longer use of aggressive acute care therapy in the AIDS victim. The second is the strict measures you need to protect the patient from infection. The third is the need for protection of the care givers and the development of various specific support groups from the homosexual and the drug abuse community. They are different. But the general care of the AIDS patient is pretty much the same.

There are a number of things we should have. First of all, the pillar of palliative care is good medical and nursing care. If a patient who is dying is going to stay in the community, he must have good, appropriate medical and nursing care. This comes first, and it is difficult to do.

In the City of Toronto, I defy anybody to get someone to make a house call. No one will do it, for many reasons, and it is a complicated problem. One of the reasons is that our fee structure is constructed for the practice of acute care medicine. If you set a leg, you get x number of dollars, but if you go and counsel a family, and spend four hours doing it, you get a house call. I think we all recognize this. It is the first thing that has to be set in place. The VON and St. Elizabeth nurses do a superb job, but they are stretched to the limit, particularly in large metropolitan areas.

The next thing you need is support services to keep people in their homes, including everything from home care to financial support. This is particularly true of the AIDS people, as I say. Many of them have been young, affluent members of society

[Traduction]

niveau: il ne s'agit pas de 50 p. 100, ou de 60 p. 100, ou de 30 p. 100, mais d'un chiffre tournant entre 6 et 8 p. 100, une fois le système en place.

Mme Browes: Est-ce que cela ne devrait pas justement faire partie de l'étude que vous recommandez?

Dr Ley: Oui. C'est absolument indispensable.

Le président: Nous reviendrons à vous pour un deuxième tour, si nous en avons le temps. La parole est à M. Lesick, qui sera suivi de M^{me} Mitchell.

M. Lesick: Je vous remercie beaucoup d'être venu, docteur Ley. Pourriez-vous nous expliquer quel serait le programme communautaire de soins palliatifs idéal?

Dr Ley: Pour le SIDA ou pour . . .

M. Lesick: Disons pour le SIDA. Le SIDA est une épidémie, nous dit-on. Elle se répand par un facteur de 2,5 par an, et il faut donc manifestement faire quelque chose. Quel serait le programme communautaire idéal dans le cas des victimes du SIDA, ou, de manière générale, pour les malades en phase terminale?

Dr Ley: Le programme idéal intègre les lits en hôpital dans un programme communautaire. La différence entre les soins donnés aux malades qui meurent du SIDA et les soins palliatifs traditionnels tient, tout d'abord, aux traitements aigus agressifs plutôt prolongés que l'on donne aux victimes du SIDA. La deuxième différence sont les mesures très strictes qu'il faut prendre pour mettre le patient à l'abri des infections. La troisième est la nécessité de protéger de la contamination les soignants et la mise sur pied de divers groupes de soutien appartenant à la communauté des homosexuels et des drogués. Mais, sinon, les soins généraux donnés aux malades du SIDA sont à peu près les mêmes.

Il faut disposer d'un certain nombre de choses. Premièrement, le pilier des soins palliatifs, ce sont de bons soins médicaux et infirmiers. Si un patient mourant doit rester chez lui, il faut disposer d'abord de bons soins médicaux et infirmiers à domicile. Cela est la première condition, et elle est difficile à réaliser.

À Toronto, je défie qui que ce soit de trouver un médecin qui vienne faire une visite à domicile. Personne ne veut le faire, pour maintes raisons, et c'est un problème complexe. L'une des raisons est que notre barème tarifaire privilégie la pratique de la médecine de soins aigus. Si vous réduisez une fracture, vous touchez X dollars, mais si vous allez à domicile et que vous passez quatre heures à conseiller une famille, tout ce qu'on vous paye, c'est le prix d'une visite à domicile. C'est une difficulté que nous reconnaissons tous. Voilà donc par quoi il faut commencer. Les infirmières de l'OVI et de Sainte-Elizabeth font un travail superbe, mais elles ne peuvent suffire, particulièrement dans les grandes agglomérations.

La deuxième chose qu'il faut mettre en place sont les services d'appui, pour que les gens puissent rester chez eux, depuis les soins à domicile jusqu'à l'aide financière. Cela est particulièrement vrai des malades du SIDA, comme je l'ai dit.

[Text]

who suddenly are on welfare. It is also true of the elderly who may need financial counselling. This can get you into the whole bit about financial support for the elderly.

The next thing you need is something we sometimes forget, namely, a smooth flow between the home and the hospital. If you have a sick person who is dying, with a wife who is looking after him at home, and if she knows that, in an emergency, he can go into a hospital bed very quickly, then he is much more likely to stay at home. The family and the caregivers would be protected by such a bulwark. They would know they could move around. There would be a smooth flow of a person and a smooth flow of information.

You would be surprised how often patients wind up in a palliative care program not knowing many things. They may know they have cancer, but they do not know what it is; they do not know who their physicians are; they do not know what medicine they are on; and they are suddenly presented with the teary relatives of the dying man. They need a smooth flow of people and information, and we do not have it within our system.

The next thing I think we need to make it work is respite beds and day care beds. Patients get fed up with their families. We talk a lot about families getting fed up with patients, but patients get fed up with their families, too.

• 1015

A respite bed, where you can plan to have somebody go for two days next week, makes a tremendous psychological difference to that person and to their family because they know they are going to go in; they are going to get re-assessed; their medication may be juggled, and you are free. You can do your Christmas shopping, can clean the house or go away. Respite beds are an integral part of palliative care. The British people know this and the Americans know it. We have not developed that kind of system. It is true of the elderly too.

Mr. Lesick: Where is the respite bed?

Dr. Ley: Usually in a chronic care institution, or it can be in a hospice.

Mr. Lesick: Yes. Okay. One short question?

The Chairman: One short one, well if you like, very short, and Dr. Ley should be short too.

Dr. Ley: Sorry about that Bruce, but the third one is the day care where you can take people in and out of a day care centre.

Mr. Lesick: May I have one short one?

The Chairman: Yes.

Mr. Lesick: Mr. Chairman, completely different, I would like you to comment if you will on euthanasia.

Dr. Ley: All right.

[Translation]

Un grand nombre d'entre eux étaient des membres jeunes et aisés de la société qui se retrouvent tout d'un coup à l'assistance sociale. C'est vrai également des personnes âgées qui manquent de ressources. Cela met en jeu toute la question de l'aide financière aux personnes âgées.

L'élément suivant est quelque chose que l'on oublie parfois, une transition facile entre le domicile et l'hôpital. Si vous avez un malade mourant, avec une femme qui peut s'occuper de lui à la maison, si elle sait qu'en cas d'urgence, il pourrait être admis très rapidement à l'hôpital, il pourra rester chez lui beaucoup plus longtemps. La famille et les soignants se sentiront protégés par ce rempart, sauront que l'admission sera rapide si elle devient nécessaire, s'il y a une bonne circulation des personnes et de l'information.

Vous seriez surpris de voir combien de patients se retrouvent dans un programme de soins palliatifs sans trop savoir grand-chose. Ils savent peut-être qu'ils sont atteints du cancer, mais pas de quel type, ils ne connaissent pas leurs médecins, ils ne savent pas quels médicaments ils prennent, et les voilà confrontés à la parenté en larmes. Il faut une bonne circulation des personnes et de l'information, chose qui n'existe pas dans notre système.

L'autre élément dont nous avons besoin pour qu'un tel système fonctionne sont des lits de répit, de soins de jour. Les patients en ont souvent assez de leur famille. On parle beaucoup des familles qui n'en peuvent plus, mais souvent, les patients ne peuvent plus supporter leur famille non plus.

Un lit de répit, où le malade pourra compter passer deux jours la semaine prochaine, fait une différence psychologique énorme pour ce patient et pour sa famille, parce qu'ils sauront qu'il va y aller, qu'il va être réexaminé, que ses médicaments seront peut-être modifiés, que vous serez libre. Vous pourrez faire vos courses de Noël, faire le ménage de la maison, ou partir deux jours. Les lits de répit sont une partie intégrale des soins palliatifs. Les Britanniques le savent, les Américains le savent, mais nous n'avons pas encore ce genre de système. La même chose s'applique également aux personnes âgées.

M. Lesick: Où sont installés ces lits de répit?

Dr. Ley: Généralement dans un établissement de soins chroniques, ou dans un hospice.

M. Lesick: Oui. D'accord. Une brève question encore?

Le président: À condition qu'elle soit très brève, et la réponse du docteur Ley également.

Dr. Ley: Excusez-moi, Bruce, mais le troisième élément sont les soins de jours, où les gens peuvent aller se faire soigner dans la journée et rentrer chez eux.

M. Lesick: Pourrais-je poser une brève question?

Le président: Oui.

M. Lesick: Pour changer complètement de sujet, j'aimerais que vous nous parliez de l'euthanasie.

Dr. Ley: Très bien.

[Texte]

The Chairman: Short question, long answer.

Dr. Ley: No. This time I will be short, Bruce. Euthanasia is a desperate response to an intolerable situation. No matter what your moral and personal and ethical scruples are about committing murder, which is what you are really talking about, if you can relieve the intolerable situation, then you remove the necessity for the desperate response. I have looked after about 2,000 dying patients in my career. I have never had one of them ask me to kill them. Now, I am not certain that makes me a particularly good doctor. It just means I was taught how to manage pain; how to talk to patients' relatives and how to look after them as people. I think if you do that kind of thing, they do not need to kill themselves.

People think of palliative care as all about death and it is not about death at all. Palliative care is about life and about living. To practise good palliative care you have to have a great sense of *joie de vivre*; you have to love life because what you are giving these people is life, not death, until they physically die, and that is what palliative care is all about.

Mr. Lesick: Thank you.

The Chairman: Mrs. Mitchell.

Ms Mitchell: Thank you. I am sorry our health critic was not healthy today so I am here and I apologize for missing the first part of your presentation. You said that we should be planning for a Canadian model. I wonder whether you could elaborate a bit more on what you would see as characteristics of a Canadian model. I also wonder, maybe you gave this earlier, whether there is any projection at all of the number of patients we are going to be talking about at a given time.

Dr. Ley: To answer your second question first, it has been projected by Montreal—in my paper by the way, it says Vancouver but it is not; it is the Montreal General—that, unless we change the way we handle dying patients with AIDS, 40% of their acute care beds are going to be occupied by dying patients with AIDS by 1990; that is four years from three weeks from now.

Ms Mitchell: You do not know how many people though, including ones—

Dr. Ley: I think you can calculate it from the doubling time of AIDS, unless there is a breakthrough in management of the disease. I have forgotten your first question.

Ms Mitchell: About the model, Canadian.

Dr. Ley: Oh, the model. Our health care system is unique and I think any model for palliative care has to take into account the fact that we have a universal system of health care; that it has certain Canadian characteristics that are not only health care delivery characteristics but geographic characteristics. We live in a very large country and the model that works in Great Britain does not work here for two reasons. We do not have the community infrastructure they

[Traduction]

Le président: Courte question, longue réponse.

Dr Ley: Non. Je vais être brève cette fois, Bruce. L'euthanasie est une réaction désespérée à une situation intolérable. Peu importent les scrupules moraux, personnels et éthiques que l'on puisse opposer au meurtre, car c'est de cela qu'il s'agit vraiment, si vous pouvez lever le caractère intolérable de la situation, alors vous supprimez la nécessité de la réaction désespérée. Je me suis occupée de près de 2,000 patients mourants dans ma carrière et je n'en ai jamais vu aucun me demander de mettre fin à ses jours. Je ne suis pas certaine que cela fasse de moi un très bon médecin, mais cela montre simplement que l'on m'a appris à gérer la douleur, comment parler aux parents du malade et les traiter comme des êtres humains. Je pense que si vous agissez ainsi, ils n'ont pas besoin de se tuer eux-mêmes.

Les gens croient toujours que les soins palliatifs concernent la mort, et ce n'est pas cela du tout. Les soins palliatifs concernent la vie et les vivants. Pour pratiquer les soins palliatifs, il vous faut une grande joie de vivre, il faut aimer la vie, car ce que vous donnez à ces gens, c'est la vie, ce n'est pas la mort, jusqu'au moment de leur mort physique. Les soins palliatifs, c'est cela.

M. Lesick: Je vous remercie.

Le président: Madame Mitchell.

Mme Mitchell: Je vous remercie. Je regrette que notre critique de la santé nationale ne soit pas en bonne santé aujourd'hui, ce qui fait que je le remplace, et je m'excuse d'avoir manqué la première partie de votre exposé. Vous dites que nous devrions organiser un modèle canadien. Pourriez-vous nous dire comment vous voyez les caractéristiques d'un tel modèle canadien? Connaissiez-vous également des prévisions du nombre de patients qui seraient touchés à chaque instant, si vous n'avez pas déjà donné un tel chiffre?

Dr Ley: Pour commencer par votre deuxième question, on a calculé qu'à Montréal—dans mon mémoire, d'ailleurs, il est dit Vancouver, mais il s'agit de l'Hôpital général de Montréal—à moins de modifier la façon dont nous traitons les patients atteints du SIDA, 40 p. 100 des lits de soins actifs de l'hôpital seront occupés par des malades mourants du SIDA en 1990, c'est-à-dire dans quatre ans et trois semaines.

Mme Mitchell: Mais savez-vous combien de malades au total, y compris ceux...

Dr Ley: On peut calculer assez facilement le chiffre en comptant la période de doublement du nombre des victimes, sauf percée dans le traitement de cette maladie. J'ai oublié votre première question.

Mme Mitchell: Le modèle canadien.

Dr Ley: Oui, le modèle. Notre système de soins de santé est unique, et je pense que tout modèle de soins palliatifs doit tenir compte du fait que nous avons un système de santé universel, qui est marqué en outre par certaines caractéristiques propres, notamment géographiques. Nous vivons dans un très vaste pays, et le modèle qui donne de bons résultats en Grande-Bretagne n'en donnerait pas chez nous, et ce, pour deux raisons. Nous n'avons pas l'infrastructure sociale qui existe

[Text]

have had for many many years and secondly we have tremendous distances to overcome.

When I was doing lab medicine, as Bruce knows, I used to quote Wawa as the place you had to provide laboratory services to in this province. Well you can say the same thing about a lot of places—Wawa and White River. People die there; they do not all come down to the princess Margaret.

So when I talk about a Canadian model, these are the things I am thinking about. We are institutionally oriented. When we think of care for the elderly, we talk about extended care—extension of what? Extension of acute care hospitals, which is not really very appropriate. We are locked into an acute model in our heads, and we teach people that and we build institutions that are permutations and combinations of acute care models.

• 1020

When we are thinking of developing a model we have to take all these things into account, and we have to look at the impact of continuing what we are doing, which is another subject entirely, and design something that will work in the Canadian milieu with the money we have to support it.

Ms Mitchell: It seems to me that the weakness of our system usually is that we do not put the community support as the priority and put as much resource as possible into training people and so on. I know that in Vancouver, for example, the mutual support from the gay community is tremendously important. I would hope that could be broadened.

I think, as you indicated, there is a certain attitudinal thing that is tremendously important, and I wonder if Members of Parliament can do anything to help with the attitudinal thing. One of the things that it seemed to me we should be advocating is that community organizations like the United Way, for example, should be making this a major project, both from the point of view of public education regarding AIDS and also from the point of view of recruiting volunteers. The more volunteers from the general community who perhaps can get involved would help, I think, with the stigma problem, which is sure to escalate.

Related to that, I also wonder what kind of protections you see for care-givers. You mentioned that, particularly in the community. I just would appreciate any more comments you have from the community point of view, both from the point of view of alternate care before and after the hospital care and also from the point of view of dealing with attitudes and getting the general public more involved.

Dr. Ley: I am old enough to know that you cannot legislate morality or attitudes. The reaction of the general public towards homosexuality and drug abusers is very deeply ingrained. It is a gut reaction on the part of people. Most of us were brought up with Victorian attitudes towards sexual abnormalities. That is going to take time and, as you say, a lot of education.

[Translation]

depuis de nombreuses années en Grande-Bretagne et nous avons également des distances énormes à surmonter.

Lorsque je faisais de la médecine de laboratoire, ainsi que Bruce le sait, je disais toujours qu'il fallait fournir des services de laboratoire à Wawa. Mais c'est vrai de beaucoup d'autres endroits—Wawa et White River. Des gens y meurent, ils ne viennent pas tous à l'Hôpital Princess Margaret.

Lorsque je parle donc de modèle canadien, je songe à tous ces facteurs. Notre système est centré sur les établissements de soins. On parle beaucoup de soins de prolongement, mais prolongement de quoi? Prolongement des hôpitaux de soins aigus, ce qui n'est pas très approprié. Nous sommes prisonniers dans notre tête du modèle des soins aigus, c'est celui que nous enseignons, et nous construisons des établissements qui sont des variantes et des combinaisons des modèles de soins aigus.

Lorsqu'il est question de concevoir un modèle, il faut tenir compte de toutes ces choses, mais également des conséquences qui résulteraient de l'absence de changement, qui est un sujet tout à fait différent, et concevoir quelque chose qui puisse fonctionner dans le milieu canadien avec les moyens dont nous disposons.

Mme Mitchell: Il me semble que la faiblesse de notre système, en général, c'est que nous n'accordons pas la priorité qu'il faudrait au soutien communautaire et que nous ne consacrons pas assez de ressources à la formation dans ce domaine. Je sais qu'à Vancouver, par exemple, l'entraide de la communauté homosexuelle est extraordinaire, et j'espère que l'on pourrait reproduire cela.

Comme vous l'avez dit, je pense, l'attitude du public compte énormément, et je me demande si les députés ne pourraient pas faire quelque chose à cet égard. Une des choses que nous pourrions faire serait peut-être de prôner l'intervention d'organisations comme Centraide, par exemple, qui pourraient en faire un programme important, tant en vue de l'éducation du public sur le SIDA que sur le plan du recrutement de bénévoles. Plus nous aurons de bénévoles venant de tous les milieux, et plus nous pourrions lutter contre le stigmate qui frappe les malades du SIDA, tendance qui risque d'aller en s'amplifiant.

A cet égard, j'aimerais savoir également quelle sorte de protection il faudrait donner aux soignants. Vous l'avez déjà mentionné, et je voudrais que vous nous en parliez un peu plus, du point de vue de la communauté, c'est-à-dire des soins alternatifs avant et après le traitement en hôpital, et également du point de vue des attitudes et de la participation du public en général.

Dr Ley: Je suis suffisamment avancée en âge pour savoir que l'on ne peut légiférer la moralité ou les perceptions. La réaction du public vis-à-vis des homosexuels et des drogués est très profondément ancrée. C'est une réaction épidermique. La plupart d'entre nous avons été élevés dans des conceptions victoriennes concernant les déviations sexuelles. Tout cela nécessitera du temps et, comme vous dites, un grand effort d'éducation.

[Texte]

I think the foundation would like to do some educating of the general public about caring for the terminally ill. There is a tremendous amount of fear out there. People do not really know what is going to happen to them if they are exposed to somebody who is dying of AIDS—and they really do not know; the general public does not know. We think they should learn that it is probably all right to be a volunteer.

It is like throwing a stone in a pool because first of all you have to convince the volunteers in palliative care that it is okay to look after a patient with AIDS and then you have to convince the next patient that it is okay for that volunteer to look after them. A lot of public education has to be done.

There is a tremendous amount of activity in the gay communities all across this country in the large centres. There is a group in Toronto called ACT, the AIDS Committee of Toronto. They have a hospice committee that is going to buy a house some day. I do not know when. I am on the committee, and its thinking is very preliminary. Their focus is to keep these people out of hospitals and to provide help through the gay community in terms of trained volunteers to look after them.

This is what San Francisco did, and it is a good model because most of their volunteers are members of the gay community who have been especially trained to care for each other. Until we can educate the general public that they have a role in that kind of volunteer activity, we have to depend on these communities. I think we have to reach out to them as professionals and we have to say that we will teach them how to do this. But that takes time, money and a lot of organization.

I think the politicians can try to convince the public that they are not all going to catch AIDS if they shake hands with a person with AIDS.

My one concern about this kind of volunteer activity is that it will get out of hand because it is very highly emotionally driven and we just have not had the public education to teach these people how to cope with a desperately ill person. I am not exaggerating when I describe some of the symptoms these volunteers are going to have to deal with, but they are willing to try, and in San Francisco they are doing a good job, and in New York and in Philadelphia.

• 1025

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Mitchell. If the committee will just give the Chair the indulgence of asking one clarification question...

At top of page 6 you say that if you had appropriate funding you could do a report on the existing palliative care facilities in the country, Dr. Ley. What would that be, roughly? Our committee might see fit to recommend something of that order. What sort of money would we be talking about?

Dr. Ley: To do a proper study and to do probably half a dozen site visits, which is what you would have to do to find out what was going on, and to prepare a document that health

[Traduction]

Je pense qu'il faudrait commencer par éduquer le public concernant les soins aux malades mourants. Il y a là une peur énorme dans la collectivité. Les gens ne savent vraiment pas ce qui va leur arriver s'ils sont mis en présence de quelqu'un qui meurt du SIDA—ils ne savent vraiment pas, le public en général ne sait pas. Je pense qu'il faut leur montrer qu'il n'y a pas de risques pour un bénévole.

C'est comme jeter une pierre dans une mare car il faut d'abord convaincre les bénévoles qui donnent des soins palliatifs qu'il n'y a pas de risques à s'occuper d'un patient atteint du SIDA, il faut convaincre ensuite le patient suivant qu'il n'y a pas de risques. Il y a une longue éducation du public à faire.

Les communautés homosexuelles, dans toutes les grandes villes du pays, sont énormément actives. Il y a un groupe, à Toronto, appelé ACT, *The AIDS Committee of Toronto*. Il envisage d'acheter une maison pour installer un hospice, je ne sais pas quand. Je siège à ce comité, dont la réflexion est encore à un stade préliminaire. Ils cherchent surtout à faire quitter l'hôpital à ces malades, à s'occuper d'eux à l'intérieur de la communauté homosexuelle, par le biais de bénévoles ayant reçu une formation.

C'est ce qui se fait à San Francisco, et c'est un bon modèle, car la plupart des bénévoles sont des homosexuels qui ont reçu une formation spéciale pour s'occuper de leurs semblables. Tant que nous ne pourrions pas persuader le public en général qu'il a un rôle à jouer dans ce bénévolat, nous devons nous en remettre à ces communautés. Nous devons prendre contact avec eux, nous, les professionnels, et leur donner un enseignement. Mais tout cela prend du temps, de l'argent et beaucoup d'organisation.

Je crois que les politiciens pourraient convaincre les Canadiens qu'ils ne vont pas tous attraper le SIDA s'ils serrent la main d'un malade qui en est atteint.

Ma seule crainte vis-à-vis de ce bénévolat, c'est que cela dérange un peu, car il met en jeu des émotions très fortes, et le travail d'éducation n'a pas été fait pour apprendre à ces bénévoles à tenir le coup face à des patients désespérément malades. Je n'exagère pas lorsque je décris certains des symptômes auxquels ces bénévoles seront confrontés, mais ils sont prêts à essayer et font un bon travail à San Francisco, à New York et à Philadelphie.

Le président: Merci, madame Mitchell. Si le Comité veut bien permettre au président de poser une question pour obtenir des éclaircissements...

Docteur Ley, vous dites au haut de la page 6 que vous pourriez préparer un rapport sur les installations existantes de soins palliatifs au pays, si vous aviez le financement requis. De combien s'agirait-il, à peu près? Notre Comité pourrait juger bon de recommander ce financement. De quelle somme s'agirait-il environ?

Dr Ley: Pour faire une étude exhaustive et visiter environ une demi-douzaine d'installations afin de déterminer quels services y sont offerts et pour préparer un document que la

[Text]

promotion could publish and distribute would probably cost you \$75,000, maybe \$100,000, depending on travel, on how many places you had to visit.

The Chairman: Thank you very much. Well, members of the committee, we have used up more than half of the remaining time for this session this morning. Unless there are some urgent questions, I think we should probably thank Dr. Ley for being here. We can either get more questions to you by telephone, or if we see fit we could have you back again under the subject of chronic care. I know the committee may want to take that on in the future, too—the subject of chronic care and the care of the elderly.

Dr. Ley: May I make one comment? Like all doctors, I have absolutely impossible handwriting. At the bottom of page 2 there is a sentence missing. My poor secretary missed a sentence that I wrote on the back of the page. I am sure if you have read it you have realized that there is a gap between page 2 and the top of page 3. If you will add to “without supervision or assessment of their practice and the outcomes”... The sentence that is missing is:

The foundation is aware of the difficulty inherent in developing new directions for health care in the present period of economic constraint.

And then it goes on to the top of page 3. I apologize for that.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Ley; we appreciate you coming up this morning.

Dr. Ley: Thank you.

The Chairman: The committee will now please turn their attention to our next witness, who is Dr. John Derrick, Director of the AIDS Project of the Canadian Red Cross Society. We thank you for coming, Dr. Derrick. We are sorry we held you up a little bit in our scheduling this morning. If you have a presentation to make, we would be happy to hear that. Then we will allow questions from the committee. Dr. Derrick.

Dr. John Derrick (Director, AIDS Project, Canadian Red Cross Society): Thank you, Mr. Chairman and members of the committee, on behalf of the Red Cross, who are delighted to have the opportunity to talk to you. As I speak today, I am not speaking for myself and any personal opinions; I am really speaking on behalf of the Red Cross. I will refer briefly to some portions of the brief that I sent on prior to this meeting. I think in order to cut down on the length of time in which I will present I will just go over it very lightly. I am sure there are questions you will have, particularly because of the fact that since this brief was written last week we had quite an important meeting between the federal and provincial health authorities here in Ottawa on Monday, where we discussed some of the matters that are taken up in this brief.

Just to go over the situation briefly again, I think the problems today have changed significantly from what we saw three years ago, when first AIDS became a factor of serious concern to blood collection and distribution agencies through-

[Translation]

direction de promotion de la santé pourrait publier et diffuser, il en coûterait entre 75,000\$ et 100,000\$, selon le nombre de localités à visiter.

Le président: Merci. Je signale aux membres du Comité que nous avons déjà utilisé plus de la moitié de la deuxième demie de la séance de ce matin. A moins que vous ayez d'autres questions urgentes à poser, je crois que nous devrions maintenant remercier le Dr. Ley d'avoir été des nôtres. Nous pouvons soit vous adresser d'autres questions par téléphone, soit vous inviter à comparaître à nouveau lorsque nous étudierons la question des soins pour malades chroniques. Je sais que le Comité se propose d'examiner cette question à l'avenir, c'est-à-dire celui des soins aux malades chroniques et aux personnes âgées.

Dr. Ley: Puis-je faire un commentaire? Comme tous les médecins, j'ai une écriture quasiment illisible. Il manque une phrase au bas de la page 2. Ma pauvre secrétaire a manqué une phrase que j'avais écrite au verso de la page. Si vous avez lu le mémoire, vous avez sans doute constaté qu'il manque quelque chose entre la page 2 et le haut de la page 3. Je vous prie d'ajouter «sans surveillance ou évaluation de leur pratique et de leurs résultats»... La phrase qui manque est la suivante:

La fondation connaît bien les difficultés inhérentes à l'élaboration de nouvelles politiques en matière de soins de santé en cette période de contraintes économiques.

Le texte se poursuit au haut de la page 3. Veuillez me pardonner cet oubli.

Le président: Merci, docteur Ley; nous vous remercions de vous être jointe à nous ce matin.

Dr. Ley: Merci.

Le président: Nous accueillons maintenant notre prochain témoin, le Dr. John Derrick, directeur du projet sur le SIDA de la Société canadienne de la Croix-Rouge. Nous regrettons de vous avoir fait attendre ce matin. Si vous avez un exposé à faire, nous serons heureux de vous écouter. Nous passerons ensuite aux questions. Monsieur Derrick.

Dr. John Derrick (directeur, Projet sur le SIDA, Société canadienne de la Croix-Rouge): Je vous remercie, monsieur le président et membres du Comité, au nom de la Croix-Rouge, qui se réjouit de cette occasion qui lui est donnée de témoigner. Je compare devant vous aujourd'hui pour vous exposer non pas mes opinions personnelles, mais celles de la Croix-Rouge. Je vais me reporter brièvement à certains extraits du mémoire que je vous ai fait parvenir avant la séance. Étant donné les contraintes de temps, je vais vous en présenter les points saillants. Je suis certain que vous voudrez poser des questions, compte tenu du fait que, depuis la rédaction du mémoire, la semaine dernière, nous avons eu, lundi, à Ottawa, une réunion très importante avec les responsables fédéraux et provinciaux de la santé au cours de laquelle nous avons abordé certaines des questions soulevées dans le mémoire.

En guise de récapitulation, je dirais que les problèmes que nous connaissons aujourd'hui sont sensiblement différents de ceux d'il y a trois ans, quand les organismes de collecte et de distribution de sang ont commencé, partout en Amérique du

[Texte]

out North America. It is just a little over three years ago since we in Canada were notified by our American counterparts of this building problem in the U.S. Since that time, the Red Cross has been active on both sides of the border in attempting to control the situation with reference to transmission of the disease, as it is now known as a disease, by blood and blood products.

A good friend of ours, Dr. Lou Barker, the vice-president of the American Red Cross, made the observation some three years ago that AIDS had all the elements of tragedy, in that it was concerned with sex, blood, and death. It still is concerned with sex, blood and death, but nowadays to a much lesser extent is it concerned with blood. With the development of the test which allows us to screen blood donations for evidence of whether or not an individual has been exposed to the virus believed to cause AIDS, it is now possible for us to remove 95% of the risk associated with transmission of this disease that existed prior to the introduction of the test.

• 1030

The risk that existed prior to the introduction of the test was essentially a very small one. If we look at the fact that over the past five years probably 6 million units of blood have been collected in Canada and possibly 90% of those have been transfused in one way or another, then we are talking about what to date amounts to eight to ten known cases of AIDS being transmitted by blood or its products. So you see that the risk really is somewhere, or used to be somewhere, around one in 500,000 transfusions or transfusions of units. Now we have taken that factor and, by introducing the test, take a rough figure of 10, so we are now talking of the possibility in an area of one in five million.

Consequently, it is a relatively small risk today, but still, of course, everybody wonders whether he or she might be that one in five million. We have to answer that by saying there is no guarantee on any kind of medical treatment, as well you all know.

However, it is important to realize that, with the introduction of the test, we really feel any risk of transmission by blood is miniscule. What we do not know about is the harvest we may be reaping for the next five to seven years, and possibly even longer, as a result of the period when we had no way of knowing what was the reason or the cause of AIDS, when we had no way of really knowing what to do other than to ask individuals who had been designated as having greater risk factors than the normal population to refrain from donating. That, though, we believe—all people involved in the North American blood program believe—was a very effective measure in reducing what could have been a much greater incidence of AIDS as a result of blood transfusion.

However, other steps were taken prior to the introduction of the test which also, for some segments of the population, yielded great dividends. That was particularly the result of the identification of the virus believed to be the cause of AIDS and the fact that this virus was found to be extremely sensitive and

[Traduction]

Nord, à s'inquiéter sérieusement du SIDA. Il y a un peu plus de trois ans seulement, nos homologues américains nous ont avertis de l'ampleur que prenait ce problème aux États-Unis. Depuis cette époque, la Croix-Rouge cherche activement, des deux côtés de la frontière, à contrôler la situation au niveau de la transmission de la maladie, puisque le SIDA est considéré comme une maladie, par le biais de sang et de dérivés sanguins.

Un de nos bons amis, le Dr Lou Barker, vice-président de la Croix-Rouge américaine, a déclaré, il y a trois ans environ, que le SIDA comporte tous les éléments d'une tragédie, à savoir le sexe, le sang et la mort. Le SIDA reste lié au sexe, au sang et à la mort, mais de nos jours, l'élément sang a une incidence beaucoup moindre. Grâce à la mise au point du test qui nous permet d'analyser les dons sanguins pour découvrir si le donneur a été exposé au virus que l'on croit être la cause du SIDA, il nous est maintenant possible de réduire de 95 p. 100 les risques associés à la transmission de cette maladie.

Le risque qui existait avant l'adoption de ce test était essentiellement très minime. Au cours des cinq dernières années, environ 6 millions d'unités de sang ont été recueillies au Canada, dont environ 90 p. 100 ont été données en transfusions, sous une forme ou une autre, et, pourtant, il n'y a eu, jusqu'à maintenant, qu'entre huit et dix cas de transmission du SIDA attribuables au sang ou à ses dérivés. Vous pouvez donc constater que le risque représente, ou représentait, un cas pour 500,000 transfusions ou transfusions d'unités. Depuis l'adoption du test, si nous choisissons un chiffre approximatif de 10, la possibilité se situe maintenant aux environs de un cas pour 5 millions de transfusions.

Par conséquent, le risque est aujourd'hui relativement minime, mais cela n'empêche quand même pas que chacun se demande s'il ou elle sera cette personne parmi les 5 millions. Nous leur répondons qu'aucun traitement médical ne s'accompagne de garantie, nous le savons tous.

Toutefois, il est important que les gens comprennent que l'adoption de ce test nous permet de croire que le risque de transmission du SIDA par le sang est infinitésimal. Ce que nous ne sommes pas en mesure de quantifier, c'est le nombre de cas qui apparaîtront les cinq à sept prochaines années, et peut-être même plus longtemps, et qui seront attribuables aux transfusions données à l'époque où nous ne pouvions pas savoir quelle était la cause du SIDA, ce que nous pouvions faire pour minimiser le risque, à part demander aux personnes posant un risque plus grand que la moyenne de ne pas donner de sang. Ceux qui travaillent dans le cadre du programme sanguin nord-américain croient, comme nous, que c'était une mesure très efficace pour réduire considérablement le nombre de cas du SIDA attribuables aux transfusions sanguines.

Cependant, d'autres mesures ont été prises avant l'adoption de ce test qui ont donné de très bons résultats pour certains groupes de la population. On a notamment identifié le virus que l'on croit être la cause du SIDA et on a découvert que ce virus est extrêmement fragile, vulnérable à la chaleur et à

[Text]

fragile, sensitive to heat and other changes in environment and fragile with reference to being inactivated by such changes. As a result, very rapidly after the virus was identified, within six months, we in Canada had passed a resolution. As a matter of fact, I think it was a year ago today that we had a meeting here in Ottawa and there was a consensus that all coagulation-factor products currently being provided in Canada to haemophiliacs would be heat treated, and by that process of inactivation, the virus would be essentially free from the possibility of transmitting AIDS.

• 1035

What we have been left with are the problems with our donor base, and with the test, and with the interpretations of the test, the meanings of the test, and how the test is used. The test was developed in the United States by NIH scientists, the National Institutes of Health, as a means of screening blood. That is the prime purpose of this test. It looks for the presence of antibodies which indicate that the individual has reacted to the presence of the virus. Exactly what can be diagnosed from that test at the present time, nobody can really say. Nobody can really give firm figures at the present time with regard to the infectivity of individuals who may be reactive for the antibodies; nobody can give firm prognoses as to what the outcome will be for the individuals who are found to be reactive for the antibody.

As a result, those people who have been most influential in bringing the test into being and in giving the guidelines for its use, are rather unhappy at the present time with the interpretations and with the uses being made of that particular test. I am sure you are all aware of them. I do not want to get into any involvement with any particular segments of the business world, or anything else, but you have read about them in the newspapers in the last while, and we feel that the Red Cross has again been put in a difficult position. We had some difficult positions, as you read in the brief, early in the game. We now have difficult positions because of the fact that the panic about AIDS is putting us in a position where our medical records can no longer be kept as confidential as we would like to have them kept.

On Monday, we were invited to participate in a meeting between the federal, at least, co-ordinated by the federal health authorities, and it was between the various provincial health agencies. We put this problem forward and we were assured by those agencies that confidentiality of test results, even though public health authorities were requiring to be notified, confidentiality was assured throughout this country. We sincerely hope this is true, because the connotations at the present time of being unfortunate enough to have a positive reaction for this test are rather severe, as you know. Should it become known that an individual in apparent good health has a positive antibody test, all of the panic and fear to which the former speaker alluded when she was speaking about the educational needs in this country with regard to AIDS, all of that panic and fear will come to the fore and the individual may well find that he or she is not employable, or that their

[Translation]

d'autres changements du milieu ambiant, et susceptible d'être rendu inactif par de tels changements. Par conséquent, peu de temps après l'identification du virus, c'est-à-dire à l'intérieur de six mois, nous, au Canada, avons adopté une résolution. En fait, je crois qu'il y a un an aujourd'hui que nous nous sommes réunis ici, à Ottawa, et que nous avons décidé, par voie de consensus, que tous les coagulants anti-hémophiliques utilisés dans le traitement des hémophiles canadiens seraient traités à la chaleur pour inactiver le virus, qui perdrait alors sa capacité de propagation du SIDA.

Nous nous retrouvons cependant avec des problèmes liés à nos donneurs, au test, à l'interprétation des résultats et à l'utilisation du test. Ce test a été mis au point aux États-Unis par les chercheurs des instituts nationaux de la santé comme moyen d'analyse du sang. C'est le principal but de ce test. Il permet de déceler la présence d'anticorps qui indiquent que la personne réagit à la présence du virus. Personne n'est en mesure de dire avec certitude quel diagnostic peut être fait à l'heure actuelle à partir des résultats du test. À l'heure actuelle, personne n'est en mesure de dire avec certitude quelle est la proportion des personnes qui ont un résultat positif indiquant la présence d'anticorps et, donc, d'une maladie infectieuse. Personne ne peut dire avec certitude quelle incidence la présence d'anticorps aura sur la santé de ces personnes.

Par conséquent, les personnes qui ont le plus contribué à la mise au point de ce test et des directives régissant son utilisation sont plutôt malheureuses, à l'heure actuelle, de l'interprétation donnée aux résultats de ce test et de l'utilisation qui en est faite. Vous savez tous ce qui en est. Je ne veux pas parler de l'utilisation faite par certains secteurs du monde des affaires, mais vous avez lu les rapports dans les journaux ces derniers temps et nous, à la Croix-Rouge, estimons que cela nous met dans une position assez délicate. Comme nous le mentionnons dans le mémoire, nous avons été dans pareilles situations difficiles au tout début. À l'heure actuelle, notre problème tient au fait que la panique suscitée par le SIDA nous empêche de protéger la nature confidentielle de nos dossiers médicaux autant que nous le souhaiterions.

Nous avons été invités à participer lundi à une réunion coordonnée par le ministère fédéral de la Santé à laquelle assistaient les divers organismes provinciaux de la santé. Nous y avons soulevé ce problème, et ces organismes nous ont garanti que les résultats de ce test seraient gardés confidentiels partout au pays, même si les responsables de la santé demandent à être avertis. Nous espérons sincèrement qu'il en sera ainsi, puisqu'à l'heure actuelle, ceux qui ont le malheur d'avoir des résultats positifs lorsqu'on leur administre ce test font l'objet d'une méfiance très marquée, comme vous le savez. S'il était révélé qu'une personne ayant toutes les apparences de la santé a eu des résultats positifs au test visant à déterminer la présence d'anticorps, cela ferait naître la panique et la crainte dont a parlé le témoin précédent lorsqu'elle a mentionné la nécessité d'un programme d'éducation au Canada sur le SIDA, et la personne ayant subi le test pourrait bien constater que personne ne veut l'embaucher, que ses enfants sont victimes de

[Texte]

children may be discriminated against, or many, many outcomes of psychosocial significance.

To us, the concern is that probably very few of our donors will be found to be confirmed reactive and to have antibodies to the AIDS virus.

• 1040

We estimate on the basis of figures provided by the U.S. and some we have gathered in the last two months ourselves it will be somewhere around 400 individuals a year.

However, there will be many people who, before that, will have the initial tests and the secondary tests which lead to confirmation tests, and who will be going through a difficult time when we and others have to notify them of their test status. We wonder about the possibilities of individuals having letters opened by somebody other than themselves, perhaps even their wives, and we wonder about the possibilities of confidentiality being breached. This is of great concern to us, and it can erode seriously our donor base, once it is realized. Therefore we would like to see even more assurance than currently, and you will be of course receiving word of the deliberations of the group with whom we met on Monday. We would like to see a very strong commitment to confidentiality in this area.

This does not mean the Red Cross is irresponsible about the dangers of spread of this disease. The Red Cross position is essentially that the Red Cross wishes to be able to provide test results on blood donations to a physician or other agency designated by the individual, the donor, who has been notified that his or her blood will be tested. Should they be unfortunate enough to have a positive test result, then their physician would be notified and they would be counselled by their physician.

The Chairman: I apologize. I wonder if I could interrupt for a couple of minutes. We have a problem getting quorums at these committees, and we have some business to take care of. It should not take long. One of our members has to go very shortly and we will lose our quorum. If you do not mind, I would just ask your indulgence. We will conduct this little bit of business and go right back into your concluding remarks.

The first item of business is to approve the budget for this committee. The motion might read this way: that the committee approve the budget for direct costs of \$66,667.50 presented by the chairman for the period of October 1 to March 31, 1986, and that the chairman be instructed to present the said budget to the Board of Internal Economy.

I am assured by Ms Carrière, our clerk, that this budget is a small, conservative budget; compared with that of other committees it is very conservative. The cost is pretty standard. It is so much money for each hour that we meet. There is a limited amount for travel of witnesses. If you have any questions, we can give you more detail on it.

[Traduction]

discrimination, et quoi encore, toutes réactions qui ont des répercussions au plan psychosocial.

Nous craignons pour notre part que très peu de nos donateurs aient des réactions positives et aient donc des anticorps au virus du SIDA.

Nous estimons, en nous basant sur des chiffres fournis par les États-Unis et sur certains que nous avons recueillis nous-mêmes au cours des deux dernières années, qu'il y aura environ 400 cas par année.

Toutefois, il y aura avant cela de nombreuses personnes qui auront subi les tests initiaux et les tests secondaires qui précèdent les tests de confirmation et qui vivront des moments très difficiles lorsque nous et d'autres auront à leur communiquer les résultats. Nous nous inquiétons de la possibilité que certaines lettres personnelles soient ouvertes par d'autres personnes, par exemple les conjoints, et nous craignons que le caractère confidentiel ne soit pas respecté. Nous craignons sérieusement une réduction considérable du nombre de donneurs qui craindront cette possibilité. Nous aimerions donc avoir de meilleures garanties et vous recevrez bien sûr le compte rendu des délibérations du groupe que nous avons rencontré lundi. Nous aimerions recevoir de sérieuses garanties quant au caractère confidentiel des renseignements.

Cela ne signifie pas que la Croix Rouge ne prend pas suffisamment au sérieux les dangers de propagation de cette maladie. La Croix Rouge souhaite pouvoir transmettre les résultats du test effectué sur les dons sanguins à un médecin ou à tout autre organisme désigné par le donneur, celui-ci ayant été averti du fait que son sang sera testé. S'il a le malheur d'avoir des résultats positifs, le médecin traitant serait alors averti et il pourrait conseiller son patient.

Le président: Je regrette. Je me demande si nous pourrions vous interrompre pendant quelques minutes. Nous avons du mal à obtenir le quorum aux séances de comité et nous devons nous occuper de certaines questions d'ordre administratif. Ce ne sera pas long. Un de nos députés doit nous quitter sous peu et nous perdrons le quorum. Je vous demande d'être indulgents. Nous allons régler nos affaires puis nous vous permettrons de conclure votre exposé.

Nous devons d'abord approuver le budget du Comité. La motion pourrait être libellée ainsi: que le Comité approuve le budget de 66,667.50\$ présenté par le président pour la période allant du premier octobre au 31 mars 1986 et que le président soit invité à présenter ledit budget à la Commission de la Régie intérieure.

Notre greffier, M^{lle} Carrière, me dit que ce budget est très raisonnable comparativement à celui d'autres comités. Ces coûts sont tout à fait dans la moyenne. Il en coûte tant pour chaque heure de réunion. Une certaine part du total est réservée pour le remboursement des frais de déplacement des témoins. Si vous avez des questions, je peux vous donner de plus amples détails.

[Text]

We are quite free, as a committee, to increase that any time we want. So if we decide to have more witnesses, or if we should decide the committee should travel, no problem. This does allow, by the way, for 20 meetings after the New Year, or roughly the five meetings every two weeks that we are allowed.

Mr. Redway: Mr. Chairman, how did we arrive at the strange sum of \$2,067.50 for miscellaneous?

The Chairman: The coffee and juice we have provided comes at a cost of \$47.50 per meeting. That is where it comes from. That is what our House charges.

Mrs. Browes: In the event that our committee itself decided to travel—and I know we have had some preliminary discussions about that—if we were to make that decision, how long would it take to get the decision back from the Board of Internal Economy?

• 1045

The Chairman: I was advised that they meet every two weeks, Mrs. Browes, so I would think it would not take longer than two weeks to get the decision.

Ms Mitchell.

Ms Mitchell: This is probably a little premature for a discussion. It just occurred to me as we were sitting here, when we think about the real importance of public education, whether or not the committee might consider some kind of a public event at the end of this session. I am thinking particularly of the kind of thing we did in advance of the battered wives deliberations we had a few years ago which really made the whole country aware of the issue. If that is the case, I just wondered if there was enough in this . . .

The Chairman: Ms Mitchell, I think your points are good, and I think we could entertain more ideas like that. That should come before the steering committee, in actual fact. There is ample room for increasing our budget at our request.

Ms Mitchell: There is no financial problem?

The Chairman: No problem at all.

The reason I am doing it this way today is because I knew Mr. Young was sick and it was not feasible to have a steering committee meeting, and I am bringing it before the whole committee instead. I do not mean to take a lot of time on this morning, if I can help it.

Mrs. Browes.

Mrs. Browes: I move that this be adopted, as presented.

The Chairman: Thank you. Seconded by Mrs. . . .

Mrs. Bertrand: No. I have a question, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes, please.

[Translation]

Le Comité peut à tout moment augmenter ce montant s'il le juge approprié. Ainsi, si nous décidons de convoquer un plus grand nombre de témoins ou si le Comité décide de voyager, il n'y aura pas de problème. Je vous signale que ce budget permet la tenue de 20 réunions après le Jour de l'An, soit environ les cinq réunions par période de deux semaines, auxquelles nous avons droit.

M. Redway: Monsieur le président, comment en sommes-nous arrivés à l'étrange total de 2,067.50\$ aux postes divers?

Le président: Le café et les jus coûtent 47.50\$ par réunion. Voilà d'où vient ce total. C'est ce que la Chambre nous demande de payer.

Mme Browes: Si notre Comité prenait la décision de voyager—et je sais que nous avons eu déjà des discussions préliminaires à cet égard—combien de temps faudrait-il pour recevoir l'autorisation de la Commission de la Régie intérieure?

Le président: On me dit, madame Browes, que la Commission se réunit à toutes les deux semaines et il ne faudrait donc pas plus de temps que cela pour obtenir l'autorisation.

Madame Mitchell.

Mme Mitchell: C'est peut-être prématuré de soulever cette question. Nous venons de parler de l'importance réelle de l'éducation de la population et je me demande si le Comité ne pourrait pas songer à organiser un événement public à la fin de la session. Je songe plus particulièrement à ce que nous avons fait avant les délibérations sur les femmes battues il y a quelques années pour sensibiliser le pays tout entier à la question. S'il est aussi important ici de sensibiliser la population, je me demande tout simplement si nous ne pourrions pas . . .

Le président: Madame Mitchell, cette idée est bonne et j'estime que nous pourrions examiner d'autres suggestions du même genre. En fait, nous pourrions confier cette tâche au Sous-comité directeur. Nous pouvons faire augmenter notre budget à notre gré.

Mme Mitchell: Il n'y a pas de problème d'ordre financier?

Le président: Aucun.

Je soulève la question aujourd'hui devant le Comité plénier parce que je savais que M. Young était malade et que nous ne pourrions pas tenir une réunion du Sous-comité directeur. J'aimerais bien que nous puissions adopter le budget le plus rapidement possible.

Madame Browes.

Mme Browes: Je propose que le budget soit adopté tel que présenté.

Le président: Merci. Appuyé par M^{me} . . .

Mme Bertrand: Non. J'ai une question à poser, monsieur le président.

Le président: Oui, allez-y.

[Texte]

Mrs. Bertrand: The hospitality expenses, first, what are they for?

The Chairman: That is a standard sort of expense that every committee puts in. It has to do with the fact that if we find, let us say when we are doing our report, we have to meet over a supper hour, or a noon hour, we can supply sandwiches for the committee.

Mrs. Bertrand: If I remember well, in the course of the year, one of our colleagues wanted to scratch that, bearing in mind we should make savings, even if you say this is not an expensive item.

The Chairman: It is not something we intend to use unnecessarily, but it is there in the event that we need it. Is there any further discussion?

Motion agreed to

The Chairman: The second item on the agenda, which I hope we can go through quickly, because I hope it is not controversial, is the long sheet you have been provided with of some proposals for additional witnesses to be heard.

The first proposal comes from Mr. Young, which is for Dr. Stuart Smith of the Science Council of Canada. The next two proposals come from Mr. McCrossan for The Canadian Institute of Actuaries and the Canadian Life and Health Insurance Association. The fourth proposal is a request for *Institut Schiller* in Montreal to be heard. The next two are ones I have suggested; namely, the Department of Justice on the subject of confidentiality and such like, and somebody from the official organ of the physicians of Canada, the Canadian Medical Association. I am adding a third one, which is not here, somebody who has expertise in bioethics. We have already had questions today to Dr. Ley on bioethics, and I think there are some experts in Canada and in the States.

This is just another interim suggestion for more witnesses after the new year. Again, I think the steering committee would entertain other suggestions for witnesses that you do not see here, but if we had your approval, we could schedule these people for as soon as we come back, and our staff could be preparing that and notifying these people in advance, rather than delaying notification.

Mr. White: You do not need a motion for that.

The Chairman: Normally it is passed by the steering committee, who would bring a report to this committee for approval, so I think I would like to have approval of this committee to call those witnesses.

Mr. White: I so move, Mr. Chairman.

Mr. Redway. I second the motion.

The Chairman: Any discussion?

Mr. Lesick: Why do we want to hear from Dr. Stuart Smith, Chairman of the Science Council of Canada?

[Traduction]

Mme Bertrand: À quoi servent les frais de représentation qui figurent dans le Budget?

Le président: Il s'agit d'un poste de dépenses qui figure dans le budget de tous les comités. Par exemple, si nous devons nous réunir pendant l'heure du repas le soir ou le dîner à l'étape de préparation du rapport, nous pouvons commander des sandwichs pour le Comité.

Mme Bertrand: Si ma mémoire est fidèle, un de nos collègues a proposé, au cours de l'année, que nous éliminions ce poste par souci d'économie même si ce n'est pas une grosse dépense.

Le président: Nous n'avons pas l'intention de nous servir de ce poste inutilement mais nous l'incluons par prévoyance. Y a-t-il d'autres commentaires?

La motion est adoptée

Le président: J'espère que nous pourrions adopter rapidement le deuxième poste à l'ordre du jour puisqu'il n'est pas controversé, je l'espère; il s'agit de la longue feuille donnant la liste des témoins additionnels que nous pourrions inviter.

M. Young a d'abord proposé que nous invitions le docteur Stuart Smith du Conseil des sciences du Canada. Les deux prochaines propositions ont été formulées par M. McCrossan qui propose que nous invitions l'Institut canadien des actuaires et l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. On a proposé, quatrième, que soit invité l'Institut Schiller de Montréal. J'ai moi-même proposé que soit invité le ministère de la Justice pour parler des questions touchant la confidentialité et d'autres questions connexes et un représentant de l'Association médicale canadienne qui représente les médecins du Canada. J'ajouterais maintenant en troisième lieu un expert en matière de bioéthique. Le docteur Ley nous a déjà parlé de questions de bioéthique et je crois qu'il y a des experts au Canada et aux États-Unis.

Il s'agit d'une proposition sujette à révision nous permettant d'entendre d'autres témoins au début de la nouvelle année. Le Sous-comité directeur pourrait examiner d'autres suggestions de témoins dont le nom ne figure pas ici, mais avec votre approbation, nous pourrions dresser un calendrier afin d'entendre ces témoins le plus tôt possible après la reprise et notre personnel pourrait avertir ces témoins dans les meilleurs délais.

M. White: Vous n'avez pas besoin d'une motion pour cela.

Le président: Normalement, la décision est prise par le Sous-comité directeur, qui présente un rapport au Comité pour approbation; j'aimerais donc que le Comité autorise la convocation de ces témoins.

M. White: Je la propose, monsieur le président.

M. Redway: J'appuie la motion.

Le président: Y a-t-il des commentaires?

M. Lesick: Pourquoi voulons-nous entendre le docteur Stuart Smith, président du Conseil des sciences du Canada?

[Text]

The Chairman: He has a broad interest in all science. After all, we are dealing with science.

Mr. Lesick: But we have heard medical scientists in every area.

The Chairman: He is a physician and a psychiatrist in his own right, and we have not had a psychiatrist, to my knowledge, so he not only would bring personal expertise on it from that point of view, but he also brings any feelings the Science Council might have as a national body concerned with all science in this country.

Mr. Redway: One of our prior witnesses also referred to Dr. Smith and the Science Council, and I think that is where the issue was raised in the first place.

The Chairman: I think, Mr. Lesick, you would be broad-minded enough to hear from Dr. Smith.

Mr. Lesick: Well, I am broadminded enough . . .

An hon. member: He is a Liberal and suggested by the . . .

The Chairman: I am advised by our researcher that his interest is actually the dissemination of information, and I have talked to him about it in other areas. He sees that as a problem, and he is anxious to be involved in that.

Mr. Lesick: I will go along with that.

• 1050

Mrs. Browes: But let it be clear that he would be coming as a representative of the Science Council of Canada as opposed to coming as a psychiatrist.

The Chairman: Oh yes, absolutely. I just indicated that is his background, psychiatry, as well as politics, as you well know.

Any further discussion? If not, are you ready for the question?

Motion agreed to

The Chairman: Thank you very much for your indulgence. Thank you, Mr. Lesick, for staying that extra time.

Dr. Derrick, we would like to have you back. I apologize to you again for interrupting your presentation. Some of our members do have to go. They have other commitments beginning at 11 a.m. However, you are welcome to continue. We will have some time for those who can remain for questions.

Dr. Derrick: I will summarize. Confidentiality in reference to AIDS is particularly important because of the connotations and the implications, whether or not we are speaking of blood donors, but especially in this case, when we are speaking of blood donors. It so happens that the only individuals in Canada at the present time who are mandated to be tested will be blood donors. And this, in a way, is a rather strange discrimination, because blood donors are probably among the most highly motivated members of our society. They get nothing other than the satisfaction of donating their blood. Yet these

[Translation]

Le président: Il s'intéresse à tous les domaines de la science en général. Après tout, nous examinons des questions scientifiques.

M. Lesick: Mais nous avons entendu des experts médicaux dans tous les domaines.

Le président: Il est médecin et psychiatre qualifié et nous n'avons pas, à ma connaissance, entendu d'autres psychiatres; j'estime donc qu'il pourra nous faire profiter de son expérience personnelle et nous faire connaître la position du Conseil des sciences en tant qu'organisme national s'intéressant à tous les domaines de la science au Canada.

M. Redway: Un de nos autres témoins a aussi mentionné le docteur Smith et le Conseil des sciences du Canada et je crois que c'est ce témoin qui a soulevé cette idée le premier.

Le président: Monsieur Lesick, je vous aurais cru assez ouvert d'esprit pour vouloir entendre le docteur Smith.

M. Lesick: Je le suis, mais . . .

Une voix: Il est Libéral et son nom a été proposé par . . .

Le président: Notre attaché de recherche me dit que le docteur Stuart Smith s'intéresse à la diffusion de l'information et j'ai déjà discuté avec lui de cette question. Il considère qu'il y a un problème à ce niveau et il s'intéresse à la recherche de solutions.

M. Lesick: Je suis disposé à accepter cela.

Mme Browes: Mais précisons qu'il sera invité en tant que représentant du Conseil des sciences du Canada et non pas en sa qualité de psychiatre.

Le président: Absolument. Je vous ai tout simplement indiqué qu'il a de l'expérience dans le domaine de la psychiatrie et en politique, comme vous le savez fort bien.

Y a-t-il d'autres commentaires? Sinon, êtes-vous prêts à voter?

La motion est adoptée

Le président: Je vous remercie de votre indulgence. Je remercie monsieur Lesick d'avoir retardé son départ.

Monsieur Derrick, vous pouvez poursuivre. Je regrette d'avoir dû interrompre votre exposé. Certains de nos députés doivent partir. Ils ont d'autres engagements à compter de 11 heures. Vous pouvez continuer. Ceux qui peuvent rester auront le temps de poser des questions.

Dr Derrick: Je vais résumer. La confidentialité a une importance toute particulière dans le contexte du SIDA, particulièrement, mais pas uniquement, dans le cas des donneurs de sang, étant donné les répercussions que pourrait avoir la divulgation de certains renseignements. À l'heure actuelle, les seuls Canadiens qui seront assujettis au test sont les donneurs de sang. Cela constitue, d'une certaine façon, une forme de discrimination assez bizarre puisque les donneurs de sang sont parmi les membres les plus motivés de notre société. Lorsqu'ils donnent de leur sang, ils n'en retirent qu'une

[Texte]

are the people who, if they are found to have a positive test result, will be obligated, at least in some provinces, to have a follow-up from the health authorities in person.

We would prefer, as I say, that our position be supportive, to have the traditional confidentiality between physician and patient as the route to go. The notification through the physician to the medical officer of health, in at least half of the provinces, is acceptable. In that way, it avoids any suggestion of policing . . .

I think the other thing I would like to bring up is that everybody at the meeting on Monday was very conscious of the crying need for good information to be made available throughout the country to deal with the kind of problems that the former speaker brought up; that is, the problems of contact, the problems of care, the psychological problems involved with family members and friends of AIDS victims. This, I think, is going to be taken care of and everybody was very well aware that this was necessary. I am sure this committee would also strongly support that kind of approach. In other words, we need money, we must have money to inform people properly.

Finally, I would like to point out that we do have very little money available for scientific investigation, medical investigation, clinical investigation into the problems of AIDS. There are some areas of particular interest to the Red Cross. For one thing, we would like to see better means of determining the state of infectivity of individuals who may be found positive for the antibody. We would like to see a better means of isolating the virus believed responsible from the blood or tissues of various individuals, because those are required for both diagnostic and treatment purposes.

So I would urge that all consideration be given to the provision of proper facilities for our investigative scientists to work in. This is an area which needs to be boosted in Canada. Even at the present time, if you measure our financial contribution in this area against that of the United States, it comes to much, much less than 0.5%, I would think, of what is currently available for similar problem in the United States.

Thank you for letting me present this brief.

• 1055

The Chairman: Thank you very much, Dr. Derrick, and again, I apologize to you for having to interrupt your presentation.

The Chairman would be glad to recognize an extension of time for this committee today if members are wishing to stay longer. I note, too, that Dr. Ley is still here and if anybody had questions you wish to direct to her, that would be in order I would think too. The first question is from Madam Bertrand.

[Traduction]

satisfaction personnelle. Or, ce sont ces mêmes personnes qui seront obligées, du moins dans certaines provinces, à subir des examens de suivi administré par les autorités de la santé s'ils ont eu des résultats positifs au test de dépistage.

Comme je l'ai déjà dit, nous préférierions jouer un rôle de soutien et maintenir le caractère confidentiel traditionnel des rapports entre le médecin et son patient. À notre avis, la procédure de notification donnée par le médecin aux autorités de la santé adoptée par au moins la moitié des provinces est acceptable. Cela permet d'éviter toute apparence de surveillance induite . . .

Je tiens aussi à mentionner qu'au cours de la réunion de lundi tous les participants ont reconnu qu'il est indispensable de fournir des renseignements fiables partout au pays au sujet du genre de problèmes soulevé par le témoin précédent, c'est-à-dire les problèmes de contacts, de soins et les problèmes d'ordre psychologique que peuvent avoir les membres de la famille et les amis des victimes du SIDA. Je crois que ce genre de renseignements seront fournis et tous se sont entendus pour dire que c'est nécessaire. Je suis certain que le Comité accorderait aussi son ferme appui à une approche de ce genre. Autrement dit, nous avons besoin d'argent pour mieux renseigner la population.

En dernier lieu, je tiens à signaler que nous avons très peu de fonds à consacrer à la recherche scientifique, médicale et clinique portant sur les problèmes liés au SIDA. La Croix-Rouge s'intéresse plus particulièrement à certains domaines de recherche. Nous aimerions notamment avoir de meilleurs moyens de déterminer dans quelle mesure les personnes ayant des anticorps souffrent d'une maladie infectieuse. Nous aimerions avoir de meilleurs moyens d'isoler le virus que l'on croit être la cause du SIDA dans le sang ou les tissus des personnes atteintes, afin de recueillir les informations nécessaires pour le diagnostic et le traitement.

Je vous invite donc instamment à examiner sérieusement la possibilité de fournir à nos chercheurs les installations techniques dont ils ont besoin pour poursuivre ces travaux. Il faudrait intensifier les efforts à cet égard au Canada. À l'heure actuelle, la contribution financière du Canada au titre de la lutte contre le SIDA se chiffre à beaucoup, beaucoup moins de 0.5 p. 100 des ressources financières qu'y consacrent les États-Unis.

Je vous remercie de m'avoir permis de vous présenter ce mémoire.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Derrick, je m'excuse de nouveau de vous avoir interrompu dans votre exposé.

Si les membres du Comité désirent rester plus longtemps, je suis tout à fait prêt à autoriser une prolongation de la séance. Je constate par ailleurs que le docteur Ley est toujours ici et s'il y en a parmi vous qui désirent lui poser des questions, cela ne devrait poser aucun problème. La parole sera donc tout d'abord à madame Bertrand.

[Text]

Mrs. Bertrand: Yes. Dr. Derrick, I think we all feel that your testimony this morning on behalf of the Red Cross is very, very important because the Red Cross blood program, we have been told for years, is one of the best in the world. So the fact that you are going ahead with those tests I think is a matter of relief for all citizens.

My first question would be in the matter of confidentiality; the processes. You do the test. You realize that there is a virus in the donor's blood. Now, what do you do first? Do you notify the donor or do you notify his physician?

Dr. Derrick: Before the donor donates his or her blood, we notify them they will be tested. We also notify them that in the event that they have a reactive test for exposure to the AIDS virus—not for the virus itself—or hepatitis or syphilis, they will be notified that their blood is unsuitable for transfusion and that they should remove themselves from the donor list, we will be removing them from the donor list, and they will be asked to provide the name of a physician to whom the Red Cross can pass on the results so that they may be counselled or treated, whatever is appropriate, by that physician. And from then on it would be the physician's responsibility to deal with that individual in complete confidentiality.

Then, as I mentioned in my presentation, the reporting of the disease would be the responsibility of the physician who would have more than a single test result on which to base his decision as to whether or not the person was indeed in a diseased state.

Mrs. Bertrand: Should the donor resist the idea of giving you the physician's name, what do you do?

Dr. Derrick: Some donors might not have a physician. We are prepared to provide names of physicians or agencies who would be willing. But where a donor would be resistant to doing anything about the fact that they have the antibody, because they happen to be happy and healthy at the time—maybe not happy but certainly healthy—then we would be willing to pass those names directly on to the medical officer of health for follow-up. Because obviously, that individual was not going to pursue a responsible path.

It is primarily the irresponsible individuals that we are afraid of.

Mrs. Bertrand: Knowing that before AIDS was known, I think you used to tell donors that they might have hepatitis or syphilis and things like that. It has been the practice in the Red Cross from before.

Dr. Derrick: That is right.

Mrs. Bertrand: Is it possible, in order that the donor does not panic at the time, to say that there is something in the

[Translation]

Mme Bertrand: Oui. Monsieur Derrick, votre témoignage de ce matin au nom de la Société de la Croix-Rouge revêt énormément d'importance, car on nous dit depuis des années que le Programme de sang de la Société canadienne de Croix-Rouge figure parmi les meilleurs au monde. Le fait que vous ayez opté pour ces tests rassurera tous les citoyens.

Ma première question concerne l'aspect confidentiel et les différents processus. C'est vous qui allez faire les tests. Supposons qu'un test révèle qu'il y a un virus dans le sang d'un donneur. Qu'allez-vous faire en premier lieu? Allez-vous en aviser le donneur ou bien son médecin?

Dr Derrick: Avant qu'un donneur ne donne de son sang, on l'avertit du test. On lui dit que si le test révèle qu'il ou elle a été en contact avec le virus du SIDA, ce n'est pas un test qui sert à déterminer s'il est lui-même atteint par le virus—ou avec l'hépatite ou la syphilis, on l'aviserait que son sang ne pourra pas être utilisé pour les transfusions et on lui demanderait de faire rayer son nom de la liste, ou plutôt on rayait nous-même son nom de la liste des donneurs. On lui demanderait par ailleurs de nous donner le nom de son médecin, à qui la Croix-Rouge pourra communiquer les résultats des tests pour que celui-ci puisse conseiller ou soigner son patient. Il incomberait à partir de ce moment-là au médecin de soigner le donneur en respectant le caractère confidentiel des résultats des tests sanguins.

Puis, comme je l'ai expliqué tout à l'heure, le signalement de la maladie reviendrait au médecin qui pourrait s'appuyer sur les résultats de plusieurs tests pour décider si son patient est ou non atteint de maladie.

Mme Bertrand: Mais si le donneur refuse de vous donner le nom de son médecin, que ferez-vous?

Dr Derrick: Il se peut que certains donneurs n'aient pas de médecin. Nous serions tout à fait prêts à leur donner des noms de médecins ou d'organismes qui seraient prêts à les soigner. Dans les cas où un donneur se refuserait à faire quoi que ce soit au sujet du fait qu'il porte en lui l'anticorps, c'est tout simplement parce qu'il est heureux et qu'il se sent bien à ce moment-là—il ne sera peut-être pas heureux mais il se sentira en bonne santé—alors nous communiquerions son nom directement à l'agent médical responsable, qui prendrait des mesures. En effet, dans ce genre de situation, le donneur ne serait manifestement pas prêt à poursuivre une démarche raisonnable.

Ce sont surtout les personnes irresponsables qui nous font peur.

Mme Bertrand: Il me semble qu'avant même qu'on ait décelé le SIDA, vous disiez aux donneurs concernés qu'ils étaient peut-être atteints de l'hépatite ou de la syphilis, etc. Ce processus d'avertissement est déjà pratique courante à la Croix-Rouge.

Dr Derrick: C'est exact.

Mme Bertrand: Afin d'éviter que les donneurs ne paniquent, ne serait-il pas possible de leur dire tout simplement qu'il y a quelque chose dans leur sang et qu'ils ne peuvent donc pas en

[Texte]

blood; you cannot be a donor, but it could be one or the other, not necessarily AIDS?

Dr. Derrick: That essentially is what we are doing, and then providing the results to the physician who will then interpret to the donor what the condition is. And if it is syphilis, the person would receive the proper antibiotic therapy. With hepatitis he would be instructed on the care he should have with reference to possibilities of spread.

When you come to AIDS, you have a different situation because you have a different connotation entirely.

• 1100

The mere fact that you have a positive test could indicate that you have been a sexually promiscuous individual, that you are an unreliable individual, that you have hidden problems and all the things that come up along with the panic of AIDS and sexual promiscuity or abnormality.

Mrs. Bertrand: My last question, Dr. Derrick: Knowing that hospitals have lists of blood donors that they go to in emergencies . . .

Dr. Derrick: Yes.

Mrs. Bertrand:—what about those donors as to the test?

Dr. Derrick: This is under study at present. It is not very often in this day and age that hospitals have to go to donors in those kinds of emergencies, but I think it is under consideration by the federal Health Protection Branch that the testing can be or will be done, will be available in hospitals when it is necessary.

The Chairman: Mr. White.

Mr. White: Dr. Derrick, welcome. I would like to add my name to the people welcoming you to the committee today.

The test for the presence of antibodies is not done at the source? I am thinking of a town hall blood clinic and that type of thing. It is not done right at the source?

Dr. Derrick: Not at a blood clinic, no. The bloods are taken to the central laboratory, where a segment is removed from a long tube on the side of the blood and the test is carried out on that segment in the blood centre laboratory. It is done in essentially the same way as testing for hepatitis and syphilis is done and it is done within a matter of a few hours after the blood is collected.

Mr. White: At blood clinics I know that donors are asked questions pertaining to medication they may be taking. If one of the donors perhaps is on some type of medication and they do not tell the people at the clinic, are tests done for that as well?

[Traduction]

donner? Ne pourrait-on pas leur dire cela, sans parler du SIDA en particulier?

Dr Derrick: C'est en gros ce que nous faisons déjà, après quoi nous transmettons les résultats des tests au médecin qui aura alors à expliquer la situation à son patient. Si celui-ci est atteint de la syphilis, alors on lui prescrira les antibiotiques indiqués. S'il est atteint de l'hépatite, on lui dira quelles précautions il doit prendre pour éviter de transmettre sa maladie aux autres.

Dans le cas du SIDA, la situation n'est pas du tout la même, car la connotation et les ramifications sont très différentes.

Le simple fait que le test soit positif peut être une indication que vous avez une vie sexuelle très active, que vous n'êtes pas une personne fiable, que vous avez des problèmes cachés, etc., toutes choses qui découlent de la panique entourant le SIDA et de l'affolement des gens face à ce qu'ils considèrent comme étant de la promiscuité ou des préférences sexuelles anormales.

Mme Bertrand: J'en arrive à ma dernière question, monsieur Derrick. Étant donné que les hôpitaux ont des listes de donneurs auxquelles ils font appel en cas d'urgence . . .

Dr Derrick: Oui.

Mme Bertrand: . . . que se passera-t-il relativement au test pour ces donneurs?

Dr Derrick: Une étude là-dessus est déjà en cours. À l'époque où nous vivons, les hôpitaux n'ont pas souvent à faire face à des situations d'urgence telles où ils seraient obligés de recourir à ces donneurs, mais la Direction de la protection de la santé du ministère fédéral est en train d'étudier la possibilité d'instaurer un système de tests qui s'appliquerait à ces personnes-là et que pourraient utiliser les hôpitaux en cas de besoin particulier.

Le président: Monsieur White.

M. White: Bienvenue, monsieur Derrick. J'aimerais ajouter mon nom à ceux des autres qui vous ont déjà souhaité la bienvenue devant le Comité.

Le test visant à déceler des anticorps n'est pas effectué à la source, n'est-ce pas? Je songe ici aux cliniques ponctuelles installées dans les mairies, etc. Les tests ne sont pas faits sur place, n'est-ce pas?

Dr Derrick: Non, pas dans le cas des cliniques de collecte de sang. Les flacons de sang sont envoyés au laboratoire central où l'on procède pour chaque flacon à un prélèvement effectué grâce à un long tube sur le côté du flacon, et c'est sur cet échantillon qu'on fera les tests au laboratoire central. On suit à peu près le même processus que celui utilisé pour déceler l'hépatite et la syphilis, et cela se fait dans les quelques heures qui suivent le don de sang.

M. White: Je sais qu'aux cliniques de collecte de sang, on pose des questions aux donneurs sur les médicaments qu'ils prennent. Si un donneur prend un médicament d'un genre ou d'un autre et n'en avise pas les responsables à la clinique, y a-t-il un test qu'on peut utiliser pour le savoir?

[Text]

Dr. Derrick: No, it would be almost impossible to do that and still distribute the blood. It is much the same kind of screening technique as we had prior to the testing—and that we still have, because one supports the other. In other words, you rely on the donor and the donor's motivation not to give you a blood which would harm the recipient. We have undertaken a very heavy educational campaign, particularly since the development of AIDS, pointing out to people that when they give their blood they have a responsibility to ensure that the blood is not contaminated in such a way, as far as they can. As you probably know, even taking aspirin can result in blood being unsuitable for particular purposes.

Consequently, the nurse makes the donor quite aware and the donor is free to ask questions. But they are told that if they are on any type of medication then they should check with the nurse, and the experience is that they usually do.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Our researcher, Mr. Milko, has a question for you, Dr. Derrick.

Mr. Robert Milko (Researcher, Library of Parliament): Dr. Derrick, you mentioned that there is definitely a need for more funding, and some examples you gave us were for a better means of determining how people were infected and, in addition, better facilities needed for isolating the virus.

Is it possible for you to specify the amount of funding that might be needed for these programs and isolation facilities?

Dr. Derrick: It is very difficult. You have had, and probably will have, witnesses before this committee who are better qualified than I. One of my peers and friends is Dr. Stan Reid of the Hospital for Sick Children. Also, I know Dr. Gill, who is here in Ottawa at the Laboratory Centre for Disease Control. Both of those individuals would like to see this kind of program going forward and would be able to provide the figures necessary. All three of us have talked at length about a collaborative effort. The Red Cross is in a position to provide a lot of the material that would be significant and useful—blood taken from various individuals and types of individuals and so on—and a knowledge of backgrounds. The expertise that Dr. Gill and Dr. Reid have is well known.

• 1105

[Translation]

Dr Derrick: Non. Si l'on faisait cela, il nous serait pratiquement impossible de distribuer le sang. Les techniques de dépistage sont à peu près les mêmes que celles que nous avons avant d'adopter le test—et nous les avons maintenues, car le programme de dépistage et les tests sont complémentaires. Autrement dit, l'on doit faire confiance aux donneurs qui, si l'on se fie à leur motivation, ne voudraient sans doute pas donner du sang qui serait nuisible à la santé du receveur. Nous avons mis au point une solide campagne de sensibilisation, c'est surtout depuis l'avènement du SIDA, pour expliquer aux gens que s'ils donnent de leur sang, ils ont pour responsabilité de veiller à ce que ce sang ne soit pas contaminé. Comme vous le savez sans doute, même le fait d'avoir avalé une aspirine peut rendre votre sang mauvais pour certaines choses.

Dans le cas de ce programme, l'infirmière explique la situation au donneur, qui est tout à fait libre de poser toutes les questions qu'il veut. On dit aux donneurs que s'ils prennent un médicament, quel qu'il soit, ils doivent en aviser l'infirmière, et il semblerait qu'en général, c'est ce que font les gens.

M. White: Merci, monsieur le président.

Le président: Le chercheur du Comité, M. Milko, aimerait vous poser une question, monsieur Derrick.

M. Robert Milko (chercheur, bibliothèque parlementaire): Monsieur Derrick, vous nous avez dit qu'il vous faudrait disposer de davantage de fonds, et vous avez notamment cité le besoin de mettre au point de meilleures méthodes pour déterminer comment les gens ont été infectés, et de meilleures installations pour isoler le virus.

Pourriez-vous nous dire de combien d'argent vous auriez besoin pour mettre au point ces programmes et ces installations d'isolation?

Dr Derrick: Il me serait difficile de répondre à cette question. Vous avez sans doute déjà entendu des témoins qui ont plus de compétences dans ce domaine que moi, et vous allez sans doute en rencontrer encore. Je songe notamment à l'un de mes pairs et amis, le docteur Stan Reid du Hospital for Sick Children. Il y aurait également le docteur Gill, qui travaille ici à Ottawa au Laboratoire de lutte contre la maladie. Ces deux personnes comptent justement parmi celles qui aimeraient qu'un programme du genre soit mis au point et elles seraient sans doute en mesure de vous fournir des chiffres. Nous avons tous trois discuté longuement de la possibilité d'entreprendre une initiative commune. La Croix-Rouge serait en mesure de fournir de nombreux renseignements utiles... sur le sang de différentes personnes, sur les catégories de gens, etc... et elle dispose également de beaucoup de données sur les antécédents et le passé de certaines personnes. Les Dr Gill et Reid ont une réputation bien connue.

I do not think we are talking in terms of astronomical sums there, but they seem to be astronomical when applied to the budgets of the various health ministries in both the provinces and the federal government at the present time. When we consider that the forecast is for some 20,000 AIDS patients, we will say, by 1989 or 1990 and when we consider that each

Je ne pense pas qu'il soit question ici de sommes astronomiques, mais c'est l'impression qu'on a lorsqu'on applique ces montants au budget des différents ministères de la Santé des provinces et du gouvernement fédéral. Étant donné qu'il est prévu qu'il y aura quelque 20,000 personnes atteintes du SIDA d'ici 1989 ou 1990, et étant donné que les soins pour chacun de

[Texte]

one of those patients will cost probably up to \$100,000 to treat—and perhaps not treat successfully, but at least to maintain until they die—then we are looking in terms of a great deal of money in any event, and the cost of equipping a laboratory and providing the kind of scientific expertise that would be needed becomes relatively small.

The Chairman: Are there any further questions of Dr. Derrick? Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: I would like to ask one question of Dr. Ley if you feel we have a few minutes more.

The Chairman: The Chair recognizes Madam Bertrand for a question of Dr. Ley.

Mrs. Bertrand: Dr. Ley, you gave very interesting answers in your testimony and in your comments. About euthanasia, you said you talk to the people of life but not death. Do you mean life before death or life after death?

Dr. Ley: Both. If you are dealing with a dying person, you have to talk to them about their own death. One of the prerequisites for doing palliative care and as a patient for dying well is to come to terms with your own mortality, and in order to do that, you have to talk to them about life and about their impending death. I think it depends on your personal convictions, whether or not you believe there is a life after death. Some people do and some people do not. I do, but I am old-fashioned.

Mrs. Bertrand: This is what I wanted to ask you.

Dr. Ley: I am old-fashioned.

The Chairman: Thank you very much. Dr. Derrick and Dr. Ley, I want to thank you once again for your very fine testimony today. We appreciate your coming, and I hope we could feel free to approach you again in the future should we need some help.

The next regular meeting of this committee is going to be on Tuesday next, December 17, at 9.30 a.m. in this room. The witness will be Dr. Norbert Gilmore from the Montreal Royal Victoria Hospital, and he is Chairman of the National Advisory Committee on AIDS.

This meeting now stands adjourned.

[Traduction]

ces patients coûteront environ 100,000\$—et on ne réussira peut-être pas à les guérir, mais on pourra au moins les rendre confortables jusqu'à ce qu'ils meurent—l'on peut dire que l'on dépensera de toute façon d'énormes sommes d'argent, et par rapport à cela, le coût que supposerait l'aménagement d'un laboratoire et la mise en place des services scientifiques nécessaires semble relativement petit.

Le président: Quelqu'un d'autre souhaite-t-il poser des questions à M. Derrick? Madame Bertrand.

Mme Bertrand: S'il nous reste encore quelques minutes, j'aimerais poser une question au Dr Ley.

Le président: J'autorise M^{me} Bertrand à poser une question au Dr Ley.

Mme Bertrand: Madame Ley, vous nous avez fourni des réponses fort intéressantes dans votre exposé et dans vos commentaires. En ce qui concerne l'euthanasie, vous avez dit que vous parlez aux gens de la vie, mais non pas de la mort. Voulez-vous dire la vie avant la mort ou après la mort?

Dr Ley: Les deux. Si vous avez en face de vous une personne qui est en train de mourir, vous devez lui parler de sa propre mort. L'une des conditions des soins palliatifs et d'une «belle» mort pour un patient, c'est d'accepter sa propre mortalité, et pour que cela soit possible, il faut parler aux patients de leur vie et de leur mort qui approche. Je pense que cela dépend de vos convictions personnelles, de votre croyance ou non en la vie après la mort. Certaines personnes y croient, d'autres pas. Moi j'y crois, mais je suis de la vieille école.

Mme Bertrand: C'est justement ce que je voulais savoir.

Dr Ley: Je suis de la vieille école.

Le président: Merci beaucoup. Je remercie encore M. Derrick et le Dr Ley pour l'excellent exposé qu'ils nous ont fait aujourd'hui. Nous vous sommes reconnaissants d'être venus et j'espère que nous pourrions de nouveau faire appel à vous si nous avons besoin de votre aide.

La prochaine réunion du Comité aura lieu mardi prochain, le 17 décembre, à 9h30, dans la même pièce. Nous y accueillons alors le Dr Norbert Gilmore de l'Hôpital Royal Victoria à Montréal. Le Dr Gilmore est également président du Comité consultatif national sur le SIDA.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Palliative Care Foundation:

Dr. Dorothy Ley, Executive Director.

De la «Palliative Care Foundation»:

D^r Dorothy Ley, directeur exécutif.

From the Canadian Red Cross Society:

Dr. John Derrick, Director, AIDS Project.

De la Société canadienne de la Croix Rouge:

D^r John Derrick, directeur, «AIDS Project».

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 28

Tuesday, December 17, 1985

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 28

Le mardi 17 décembre 1985

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles-Eugène Marin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Pauline Browes
Leo Duguay
Jim Edwards
Douglas Frith
Jean-Luc Joncas
Fernand Ladouceur
Jean-Claude Malépart
Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Barry Turner
Gerry Weiner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles-Eugène Marin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Anne Blouin
Bob Brisco
Sheila Copps
Édouard Desrosiers
Jim Edwards
Ernest Epp
Charles Hamelin
Tom Hockin
Bill Lesick
James McGrath
Gus Mitges
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 17, 1985
(33)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:45 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Bruce Halliday, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin and Brian White.

Alternates present: Bill Lesick and Alan Redway.

In attendance: From the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witness: From the Royal Victoria Hospital (Montreal): Dr. Norbert Gilmore, Chairman of the National Advisory Committee on AIDS.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985 in relation to the report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*), in relation to the Committee's study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).

Dr. Gilmore made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 17 DÉCEMBRE 1985
(33)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales se réunit ce jour à 9 h 45 sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Bruce Halliday, Fernand Ladouceur, Charles-Eugène Marin et Brian White.

Substituts présents: Bill Lesick et Alan Redway.

Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoin: De l'hôpital Royal Victoria (Montréal): Dr. Norbert Gilmore, président du Comité consultatif national sur le SIDA.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi en date du 22 avril 1985, relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière terminée le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); et de son ordre de renvoi en date du 10 septembre 1985, relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière terminée le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*), au sujet de l'étude entreprise par le Comité sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Le Dr. Gilmore fait une déclaration et répond aux questions.

A 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Marie Carrière

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, December 17, 1985

• 0944

The Chairman: The order of the day today is resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1984 and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985, on study of AIDS. We are fortunate to have with us as our witness today Dr. Norbert Gilmore, from the Royal Victoria Hospital in Montreal. Dr. Gilmore is also Chairman of our National Advisory Committee on AIDS. But I do not know more about you, Dr. Gilmore. Maybe you would tell us a little bit more about why you are interested in AIDS, and your background from a medical and scientific point of view.

• 0945

Dr. Norbert Gilmore (Chairman, National Advisory Committee on AIDS): I am on the staff of the Royal Victoria Hospital and am Associate Professor of Medicine at McGill University. My background is one of clinical medicine and laboratory research in the area of immunology, allergy, and rheumatology.

I guess it is sort of by default that I have become involved with the AIDS problem. As it began in Montreal, I had—depending on your point of view—the fortune or misfortune of taking care of several patients with AIDS, and from there it became apparent that research needed to be done and also clinical care to be delivered. So from there it just sort of all rolled up to a point where, as the problem became more and more important, I got more and more involved in it.

I was then asked to join the National Advisory Committee on AIDS when it was formed in August of 1983, and was asked actually to be the chairman of it. I have remained chairman of that ever since and maintain now a strong research interest in the problem of AIDS.

What little time is available is devoted somewhat to the clinical problems and delivery of health care to patients with AIDS or individuals infected with the virus that causes AIDS, and a fair amount of time trying to ensure that the medical profession and the public are educated about the problem of AIDS.

The Chairman: Thank you, Dr. Gilmore. I think you can appreciate that we as a committee are anxious to submit a report and probably recommendations to government, and you, as chairman of your advisory committee, must know some of the shortcomings, if indeed there are any; and for sure we would like to know what those shortcomings are.

Dr. Marin, a point of order.

M. Marin: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 17 décembre 1985

Le président: Nous reprenons l'étude de l'ordre de renvoi du Comité concernant les rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du bien-être social pour l'année financière se terminant le 31 mars 1984 et du Conseil de recherche médicale du Canada pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985 concernant l'étude du SIDA. Nous accueillons aujourd'hui le docteur Norbert Gilmore de l'hôpital Royal Victoria à Montréal. M. Gilmore est également président du comité consultatif national sur le SIDA. Je ne sais pas grand chose à votre sujet, docteur Gilmore. Pourriez-vous nous dire pourquoi vous vous intéressez au SIDA et nous donner vos antécédents au plan médical et scientifique.

Dr Norbert Gilmore (président, Comité consultatif national sur le SIDA): Je travaille au *Royal Victoria Hospital* de Montréal et je suis professeur adjoint de médecine à l'université McGill. Je fais de la médecine clinique et plus particulièrement de la recherche dans le domaine de l'immunologie, de l'allergie et de la rhumatologie.

C'est par hasard que j'ai commencé à m'intéresser au SIDA. Les premiers cas de cette maladie au Canada ayant été enregistrés à Montréal, j'ai eu à soigner plusieurs patients atteints de la maladie, ce qui m'a amené à la conclusion qu'il fallait faire de la recherche dans ce domaine, tout en assurant les soins cliniques aux malades. C'est ainsi qu'avec l'aggravation de la situation, je m'occupe de plus en plus de ce problème.

Lorsque le Comité consultatif national sur le SIDA a été créé en 1983, j'ai été invité à en assumer la présidence. J'occupe toujours ce poste et, à ce titre, je m'intéresse aux travaux de recherche portant sur la maladie.

Pour autant que le temps me le permette, je m'occupe des soins nécessaires aux patients atteints du SIDA ou aux personnes affectées par le virus causant le SIDA; j'essaie aussi de sensibiliser les médecins ainsi que le grand public aux problèmes causés par le SIDA.

Le président: Merci, docteur Gilmore. Notre Comité est censé soumettre un rapport ainsi que des recommandations à l'intention du gouvernement. Pourriez-vous nous dire quels sont à votre avis les carences dans ce domaine.

Le D^r Marin a invoqué le Règlement.

Mr. Marin: On a point of order, Mr. Chairman.

[Texte]

J'aurais aimé que le document soit traduit en français. Comme le Dr. Gilmore vient de Montréal, je croyais que cela aurait été possible, étant donné qu'il était prévenu depuis quelques semaines. On m'a donné comme raison qu'on n'aurait pas pu avoir des données très, très récentes, mais les données que je vois ici ne sont pas nécessairement très, très récentes. J'aurais apprécié, docteur, que le document soit traduit dans les deux langues. Merci, monsieur le président.

The Chairman: On the point of order, the Chair would suggest that we do not have any requirements for this committee that demand our witnesses to have their briefs in both official languages, so I cannot in any way reprimand Dr. Gilmore from that point of view whatsoever. It may be that he would have the facilities for doing that in Montreal, but I do not know. But certainly the committee requires it only in one language, and we do the translating here whenever necessary.

Dr. Gilmore: If I might say, I would apologize for not having it in both languages. I can only say that I am extremely limited in my time. First of all, I did not realize it should have been presented in both languages here. I regret that, and I apologize for it. I will try to correct that for you if I can. It will delay things slightly.

The second point, I just have not had time to address this in both languages at this point in time. Please accept my apologies on that.

The Chairman: If I may, Dr. Gilmore, there is no requirement for you to do that. I think Dr. Marin was just suggesting that maybe you would have had the facilities. But truly there is no requirement. We are not trying to embarrass you from that point of view at all.

We are ready for your presentation, Dr. Gilmore. And if you would like to begin, we would be happy to have you make your presentation. We will follow that by questions. If you prefer questions *en route*, would you suggest that, or . . .

Dr. Gilmore: That is fine, if you wish. If I am not being presumptuous, please just interrupt whenever you wish. I would be more than happy to answer any questions I can.

I thought it would make it easier today to present what I wanted to say and just incorporate some of the information which I thought the committee might find useful. And one of the things I would like to address today is not only the factual basis of this disease or this infectious illness, but really some of the implications of the disease.

It is a very rapidly changing problem because of our growing knowledge about the illness, and as such it is rather difficult to always be on top of everything. I hope this provides some of the background and a certain perspective on some aspects of it, and I would be glad to elaborate on any of them.

It really incorporates four different parts to this report.

• 0950

The first one is just a brief review of the problem of AIDS and some of its implications, which I think have already perhaps been spelled out to this committee; and some possible strategies that would become apparent, I think, from anyone

[Traduction]

I would like the document to be translated into French. As Dr. Gilmore is from Montreal, I think this should have been possible, since he had been notified several weeks in advance. I was told that it would have been impossible to have the latest data, but I notice that the data contained in the brief is not that recent anyway. I would appreciate if this document could appear in both languages. Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Le Comité ne peut pas exiger des témoins que leur mémoire soit déposée dans les deux Langues officielles et je n'ai donc pas à critiquer le docteur Gilmore à cet égard. Le mémoire aurait sans doute pu être traduit à Montréal, mais je n'ai pas à me prononcer à ce sujet. Toujours est-il, qu'en principe, les documents doivent être déposés dans une langue seulement et c'est le service des Comités qui traduit les mémoires en cas de besoin.

Dr Gilmore: Je m'excuse de ne pas avoir apporté un texte dans les deux langues, mais je suis extrêmement occupé. Je ne savais d'ailleurs pas que les mémoires doivent être présentés dans les deux Langues officielles, et je m'en excuse. Je peux le faire traduire évidemment, mais cela prendra du temps.

Je n'ai pas eu le temps de rédiger le mémoire dans les deux langues et je vous prie de bien vouloir m'en excuser.

Le président: Il est inutile de vous excuser docteur Gilmore. M. Marin pensait que vous auriez pu faire traduire votre mémoire, mais ce n'est pas obligatoire et nous ne voudrions surtout pas vous créer des ennuis à cause de cela.

Vous pouvez maintenant si vous le voulez bien nous présenter votre exposé, après quoi nous vous poserons des questions, à moins que vous préféreriez qu'on passe immédiatement aux questions.

Dr Gilmore: Parfait. N'hésitez pas à m'interrompre, car je me ferai toujours un plaisir de répondre à vos questions.

Je vais donc commencer par vous exposer certaines données qui pourraient vous être utiles. Je vais essayer de vous expliquer l'évolution de cette maladie ainsi que ses répercussions.

La situation est d'ailleurs en pleine évolution et chaque jour apporte des nouvelles connaissances, si bien qu'il est difficile de se tenir au courant. J'espère que ce que j'ai à vous dire vous permettra de mieux situer le problème.

Mon rapport comporte quatre parties.

Le premier n'est qu'un bref examen du problème du SIDA et de certaines de ses conséquences, qui, je crois, ont peut-être déjà été expliquées aux membres du Comité, et de quelques stratégies possibles qui sembleraient évidentes, selon moi, à

[Text]

familiar with the disease process that is occurring and that might be helpful in diminishing the increase in the disease or its impact in Canada. The third one is comments on the National Advisory Committee, which I would like to spend some time on to make sure everybody is aware of that committee and what it might be doing. I have just given you some information about some of the research funding and research programs that are in place in Canada at the moment. And lastly there is a discussion of some of what I would call the 'public issues'—this may not be quite the right terminology; they may be social issues—where this disease may impact on Canadians in general and specific individuals.

I think a lot of this is background which the committee knows, and the first four pages I think I could summarize very quickly for you.

Obviously AIDS is an infectious illness. It is the most destructive consequence of infection by a new virus—I think people are familiar with the terminology—HTLV-III. It goes by other names, but that is the one that is in commonest use in North America today. It can produce a spectrum of illness from people who are asymptomatic and appear to have only minor laboratory abnormalities to a fatal disorder of the immune system.

Our growing knowledge of it and awareness still indicate that it is only spread by blood or blood-product receipt, by sexual activity, or by being born to a mother who is infected with this virus. Short of that, we have not been able to identify information to this time that indicates other ways in which this illness is spread.

Obviously it is an infectious illness and it has all the characteristics which technically we term an 'epidemic', which means there is an increasing amount of disease over each period of time that we review the amount of disease in a particular area. The history of this disease suggests that it is increasing at least 200% per year in Canada at this time. Hopefully this will slow down, but our knowledge of this illness and the accumulating information about it again indicate that we probably will not see much change in this rate of accumulation for the next several years. Based on that, and the number of cases in Canada now, which is approximately 400, we would then anticipate that there may be up to 10,000 cases of AIDS in Canada in the next few years—if the present trends continue.

This is an illness in which, I emphasize, we are learning an awful lot almost day by day. It is entirely possible that there may be some treatment or some impact of some sort that will limit the spread of this illness or the development of disease. We may obviously see this rate of change alter rather rapidly. At least we would hope so. But we do not anticipate that is going to happen at this point.

[Translation]

quiconque est familier avec le processus de la maladie et qui pourraient servir à freiner au Canada sa prolifération et ses répercussions. Le troisième renvoie au Comité consultatif national, dont j'aimerais traiter quelque peu afin de m'assurer que tous connaissent l'existence de ce comité et ce qu'il pourrait faire. Je viens tout juste de vous fournir certains renseignements concernant quelques budgets et programmes de recherche qui existent actuellement au Canada. Et, finalement, le document traite de certains domaines que je qualifierais d'intérêt public—ce n'est peut-être pas précisément la bonne terminologie: il peut s'agir de domaines à caractère social—où cette maladie peut avoir des conséquences pour tous les Canadiens et certaines personnes en particulier.

Je pense qu'une bonne partie du document renferme en fait des données dont le Comité est déjà au fait, et je crois que je pourrais résumer très rapidement à votre intention ses quatre premières pages.

Le SIDA est, évidemment, une maladie contagieuse. C'est la conséquence la plus grave de l'infection par un nouveau virus—je pense que les gens sont familiers avec la terminologie—le HTLV-III. Il porte d'autres noms, mais c'est celui le plus communément utilisé aujourd'hui en Amérique du Nord. Il peut provoquer une foule de maladies chez des gens asymptomatiques et qui semblent ne présenter en laboratoire que de légères malformations par rapport à un dérèglement fatal du système immunitaire.

Notre connaissance de plus en plus grande de ce virus et ce que nous en savons montrent encore qu'il est uniquement propagé par transfusion de sang ou d'un produit dérivé du sang, par des rapports sexuels, ou par une mère elle-même infectée par ce virus. À part ça, nous n'avons pas été capables jusqu'ici de rassembler de données indiquant que cette maladie puisse se propager d'autres façons.

C'est évidemment une maladie contagieuse qui a toutes les caractéristiques de celles que techniquement nous qualifions d'épidémiques. Ce qui signifie que le nombre de cas est plus grand chaque fois que nous étudions la fréquence de la maladie dans une région donnée. L'histoire de cette maladie laisse supposer qu'elle se propage actuellement au Canada au rythme d'au moins 200 p. 100 par année. Heureusement, ce rythme ralentira, mais notre connaissance de cette maladie et les données que nous accumulons à son sujet indiquent encore que nous n'observerons probablement pas d'ici aux prochaines années de ralentissement majeur. À partir de ce qui précède et du nombre de cas actuellement enregistrés au Canada, environ 400, nous prévoyons qu'il pourrait y avoir d'ici aux prochaines années sur notre territoire jusqu'à 10,000 cas de SIDA—si la tendance actuelle se maintient.

Il s'agit d'une maladie au sujet de laquelle, je le souligne, nous apprenons actuellement beaucoup presque jour après jour. Il est parfaitement possible qu'il puisse y avoir quelque traitement ou une découverte quelconque qui limitera la prolifération ou le développement de la maladie. Il se peut évidemment que sa vitesse de propagation diminue assez rapidement. Nous l'espérons tout au moins. Nous ne pensons toutefois pas actuellement que c'est ce qui va se produire.

[Texte]

The other point is that although only 400 people have developed AIDS in Canada, this really underestimates the extent of illness in Canada, in that we know there are anywhere from 30 to 100 times the number of cases of AIDS; people who have been infected with the virus that produces AIDS.

Often these people belong to specific populations. We can identify individuals who receive blood or blood products, such as hemophiliacs and intravenous drug abusers—happily in Canada this has not been a major problem—I do not mean the IV drug-abuse problem, but the infection of this population—and many individuals who have a history of homosexual or bisexual activity.

The other point is that although we know probably 30 to 100 times the number of AIDS cases in Canada have been infected by this virus, we do not know precisely the number of people who have been infected. So the number of people who are potentially exposed could be very large; though again, we feel this is probably not the case. This would indicate things like people who have received blood products, people who have had sexual activity with someone who was infected and has not recognized that infection. This would be particularly most easily seen perhaps in a situation of a woman having sexual activities, say, with a bisexual man who was infected with the virus. Although potentially exposed, many of these people we think most likely are not infected by this virus; although again, we do not have the proof in hand, and this is one of the areas where research may be very helpful in defining this.

The other point I have to emphasize is that although the factual knowledge in this report does not seem to be very current . . . goofy join

• 0955

One of the important things I would like to emphasize to you is that we do not yet know all the diseases this virus may produce. It is an infection. It attacks the body's immune system and its defences against infections and certain cancers. It leaves the body then really defenceless against a variety of pathogenes, microbes, whatever you want to call them. This is why it is a fatal disease.

On the other hand, we are seeing brain disease occur, infection of the brain, in very few cases. We are seeing this now as the possible first indicator that this virus may not only attack the body's immune system but may also attack the brain. We do not know the scope of how large a problem this may become, and I think only time will tell us.

The other point is that this disease has brought a tremendous amount of problems with it, not only related to the health of individuals but also because of the investigation of the infection. For instance, there is a blood test available now that

[Traduction]

Également, même si seulement 400 Canadiens ont été atteints du SIDA, ce chiffre nous amène en réalité à sous-estimer l'ampleur de la maladie chez nous puisque nous savons que chaque cas de SIDA en cache 30 à 100 autres; des gens qui ont été infectés par le virus qui engendre le SIDA.

Ces gens font souvent partie de catégories particulières. Nous pouvons identifier les personnes qui reçoivent des transfusions de sang ou de produits dérivés du sang, telles que les hémophiles et celles qui font abus de drogues par voie intraveineuse—cela n'a heureusement jamais été au Canada un problème majeur—je ne veux pas dire le problème de l'abus des drogues, mais l'infection de cette population—et nombre de gens qui ont des relations homosexuelles ou des relations sexuelles avec des personnes des deux sexes.

Aussi, même si nous savons que probablement de 30 à 100 personnes pour chaque cas de SIDA enregistrés au Canada ont été infectées par le virus, nous ignorons précisément le nombre de gens qui en sont atteints. De sorte que le nombre de personnes potentiellement exposées pourrait être très important; quoique, encore une fois, nous pensons que cela n'est probablement pas le cas, ce qui laisserait supposer des choses comme les gens qui ont reçu des transfusions sanguines, ceux qui ont eu des rapports sexuels avec des personnes contaminées et qui ne sont pas déclarées telles. Cela serait peut-être particulièrement des plus faciles à discerner dans le cas d'une femme ayant des relations sexuelles, disons, avec un homme qui, lui, en aurait avec des gens des deux sexes et qui serait porteur du virus. Bien qu'ils soient potentiellement exposés, beaucoup de ces gens, selon nous, ne sont très probablement pas porteurs du virus; quoique, encore une fois, nous n'en possédons pas la preuve, et c'est là l'un des domaines où la recherche pourrait être très utile.

L'autre aspect que je me dois de souligner, c'est que même si les connaissances factuelles dont fait état le présent rapport ne semblent pas très actuelles . . .

Une des choses importantes que j'aimerais vous souligner, c'est que nous ne connaissons pas encore toutes les maladies que ce virus peut engendrer. Il s'agit d'une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme et ses défenses contre les infections et certains cancers. Elle laisse l'organisme réellement sans défense contre une foule d'agents pathogènes, de microbes, qu'importe le nom qu'on veut leur donner. Voilà pourquoi il s'agit d'une maladie mortelle.

Par ailleurs, nous observons actuellement l'émergence de maladies cérébrales, l'infection du cerveau, dans un nombre de cas très limité. Ce que nous constatons actuellement, c'est peut-être le premier indice montrant que ce virus peut non seulement attaquer le système immunitaire de l'organisme, mais également le cerveau. Nous ignorons l'ampleur que ce problème peut prendre; je crois que seul le temps nous le dira.

Par ailleurs, cette maladie a engendré une multitude de problèmes, non seulement liés à la santé des gens, mais également à la suite des recherches entreprises pour la contrer. Par exemple, on a mis au point un test sanguin qui permet

[Text]

detects if an individual has been infected with this virus. This is being used now by the Canadian Red Cross in its collection of blood to ensure that the safety of blood is maintained in Canada. Any blood that is potentially infected will be discarded and not used for transfusions.

But again, this brings up tremendous problems, which include things like the problems of disclosure of lifestyles, since so many people infected with this have a history of being either drug abusers or gay or bisexual men. I could tell you that in one publication that came from the United States, *The New England Journal of Medicine*, it was clearly stated that, at this point in time, the implications of having a positive test in the United States in a young man would mean the onus would almost be on him to prove he has not had homosexual or bisexual activity or is not a drug abuser. So you can imagine the impact this testing would have on Canadian society.

The other point I would like to bring out is that AIDS is a costly illness. The health care costs represent really new costs. This illness was not present five to ten years ago. It is an epidemic illness, and so we obviously expect these costs to increase. The intervention of the medical profession into this problem is going to increase the costs in the sense that more people are going to be tested for infection by this virus, and this will further increase the costs. Lost productivity because of the mortality, the loss of life, or the morbidity from this infection represent even further costs.

I have already mentioned the psycho-social impact. One has only to watch health care workers to perceive the extent of this impact, their fright and fears, the perceived threats they have. But there are other aspects of it. Women who are of child-bearing age who are infected with this virus are being counselled right now not to become pregnant until we know more about the disease. There is one further one. There has been considerable concern in the United States because all members of the Department of Defence and armed forces individuals are now being tested for this virus. There have been questions about insurance, whether an individual can be insured or whether his insurance premiums will rise up quite considerably because of evidence of infection by this virus. The last one is obviously the potential problems of discrimination and isolation, and also the legal liability of transmitting this infection from one person to another.

The other point I would like to make is that I think many Canadians are very worried about this illness. As for whether or not this is a true concern, a valid concern—you might say it that way—I am not really clear, but I think it is partly related to insufficient information that has been able to be provided. It is partly, I think, because we have not been able to get the information out and also partly because we just do not know an awful lot about this illness. It is hard to reassure people when we have to say we do not know.

[Translation]

d'établir si une personne a été infectée par le virus. Ce test est actuellement pratiqué par le Croix Rouge canadienne à l'occasion de ses cliniques de sang afin d'assurer le maintien de la qualité du sang récolté au Canada. Le sang qui pourrait être infecté sera écarté et ne pourra servir à des transfusions.

Encore une fois, cependant, cela crée des problèmes énormes, comme celui de la sauvegarde de la vie privée, étant donné que beaucoup de gens contaminés par le virus sont des adeptes des drogues, des homosexuels ou des gens bisexuels. Je pourrais vous dire que dans une publication américaine *The New England Journal of Medicine*, il était clairement dit qu'à l'heure actuelle un test positif aux États-Unis dans le cas d'un jeune homme aurait pour conséquence d'imposer pour ainsi dire à ce dernier le fardeau de la preuve, c'est-à-dire de l'obliger à démontrer qu'il n'est ni un homosexuel, ni un bisexuel, ni un drogué. Vous pouvez alors vous imaginer les répercussions que ce test aurait pour la société canadienne.

J'aimerais également souligner que le SIDA est une maladie coûteuse. Les coûts des soins de santé qu'elle entraîne constituent de fait de nouvelles dépenses. Cette maladie n'existait pas il y a cinq ou dix ans. C'est une maladie épidémique, et nous pouvons donc évidemment nous attendre à ce que ces coûts augmentent. L'intervention des professionnels de la santé va faire grimper les coûts, dans ce sens que plus de gens vont être soumis à des tests afin de déterminer s'ils sont contaminés par le virus, et cela va encore accroître les coûts de la maladie. La perte de productivité due à la mortalité, les pertes de vie et la morbidité découlant de cette maladie représentent des coûts encore plus élevés.

J'ai déjà fait mention des conséquences psychosociales du SIDA. On n'a qu'à surveiller les travailleurs de la santé pour constater l'ampleur de ses conséquences, leur peur et leurs craintes, et la menace à laquelle ils se sentent exposés. Le SIDA présente cependant d'autres aspects. Les femmes en âge d'avoir des enfants qui sont contaminés par le virus se voient actuellement conseiller de ne pas tomber enceintes jusqu'à ce que nous en sachions davantage sur la maladie. Ce n'est pas tout. Le SIDA a soulevé d'énormes inquiétudes aux États-Unis parce que tous les employés du département de la Défense et tous les membres des forces armées font actuellement l'objet de tests visant à déterminer s'ils sont atteints du virus. On a soulevé des questions au sujet de l'assurance, c'est-à-dire qu'on s'est demandé si une personne pourra être assurée ou si ses primes d'assurance augmenteront de beaucoup s'il est prouvé qu'elle est contaminée par le virus. Enfin, mentionnons évidemment les problèmes de discrimination et d'isolement qui peuvent se poser, et également la responsabilité aux yeux de la loi de la transmission du virus d'une personne à une autre.

L'autre point que j'aimerais souligner, c'est que cette maladie inquiète, selon moi, beaucoup de Canadiens. Qu'il s'agisse ou non d'une inquiétude fondée, d'une inquiétude valable—on pourrait la qualifier ainsi—je n'en suis pas vraiment certain, mais je pense que c'est en partie attribuable à l'insuffisance de l'information qu'il nous a été possible de fournir. C'est en partie, selon moi, parce que nous n'avons pas pu publier l'information et aussi en partie parce que nous n'en savons tout simplement pas assez à propos de la maladie. Il est

[Texte]

The other point, obviously, is that since it is a growing illness people have taken on this work as a add-on to their general work. I think everyone feels it is a pretty large burden to handle, and everyone obviously feels that more resources would be helpful and that more manpower to address the problems would be very helpful.

With all this, I would like to leave you with some potential strategies, as I see them, that might diminish the increase in this disease and/or its impact in Canada. The first one that I think would be helpful is to have some strategic planning at a level that provides us with an understanding of what resources are available and how they might be adequately deployed. This would include, obviously, the federal co-ordination of provincial and local efforts to combat the infection and its consequences.

The second one would be provision of resources—now, this may be at all levels of government and agencies, governmental and non-governmental—that would ensure the availability and optimal utilization of public health, medical and research manpower, technologies and facilities.

• 1000

The third one would be obviously to stimulate research. One of the important things that I am aware of is that research expertise is very important in a new and rapidly expanding illness so that we have people to whom we can go for information, for counsel, for understanding of the disease, for planning and for implementing new technology as it becomes available.

I think the other one that would be very helpful would be to have some form of a national centre that could address and provide all the resources we have to really combat this illness.

Obviously, what we need also is a very effective prevention campaign, to limit the sexual spread of this disease. This relates not only to individuals who are at high risk of becoming infected but also I think to ensure that individuals who belong to low-risk or no-risk groups remain that way. We also need something that would reinforce and help the Canadian Red Cross program of exclusion of potential donors who might be infected by this virus.

Finally, one of the other areas to address would be to reduce the psycho-social and economic impact of this disease.

In summary, as I mentioned, the number of cases of AIDS in Canada has been small, but the public impact and its implication for the health of all Canadians has been very immense. The problems are not simply that of a fatal infectious illness, however. The way I see it, AIDS is forcing all Canadians to examine not only themselves but also a society threatened by a potentially fatal infection. Whether or not this

[Traduction]

difficile de rassurer les gens lorsqu'il nous faut déclarer que nous ne savons pas.

Aussi, bien sûr, depuis que la maladie se développe, le personnel médical s'est chargé de ce travail parallèlement à ses tâches normales. Je pense que tous ceux en faisant partie ont le sentiment qu'il s'agit là d'un fardeau assez lourd à porter, et qu'ils sentent évidemment qu'il leur serait utile de disposer de davantage de ressources et qu'il ne serait pas inutile non plus que plus de gens s'attaquent au problème.

Avec tout cela, j'aimerais vous quitter sur quelques stratégies possibles, telles que je les vois, et qui pourraient freiner la propagation de cette maladie et ses répercussions au Canada. La première qui serait, selon moi, utile, ce serait d'établir une certaine planification stratégique à un niveau nous permettant de connaître les ressources disponibles et de savoir comment elles pourraient être adéquatement déployées. Cela incluerait, bien sûr, la coordination par le gouvernement fédéral des efforts des provinces et des municipalités visant à combattre le virus et ses conséquences.

La deuxième, ce serait de fournir des ressources—cela peut se faire à tous les paliers de gouvernement et dans les organismes publics et privés—qui assureraient la disponibilité et l'utilisation optimale des professionnels de la santé, des chercheurs, des techniques et des installations.

La troisième stratégie serait sans aucun doute de stimuler la recherche. L'un des aspects importants dont je suis conscient est le fait que les compétences dans le domaine de la recherche sont très importantes dans le cas d'une maladie nouvelle et qui se répand rapidement, pour que nous disposions de gens en mesure de nous renseigner, de nous aviser, de nous aider à comprendre la maladie, de planifier les nouvelles techniques et de les mettre en oeuvre à mesure qu'elles sont mises au point.

L'autre stratégie qui serait très utile consisterait en une forme quelconque de centre national qui pourrait trouver et indiquer toutes les ressources dont nous disposons pour combattre cette maladie.

Il est certain que nous avons aussi besoin d'une campagne de prévention très efficace, afin de limiter la transmission sexuelle de la maladie. Cette campagne s'adresserait aux personnes qui risquent fortement de contracter la maladie mais elle veillerait aussi à ce que ceux qui appartiennent aux groupes à risque peu élevé ou sans risque le restent. Nous avons également besoin d'un mécanisme qui renforcerait et aiderait le programme mis sur pied par la Croix Rouge afin d'exclure les donneurs éventuels susceptibles d'être infectés par le virus.

Enfin, il faudrait réduire l'incidence psychosociale et économique de la maladie.

En résumé, comme je l'ai mentionné, le nombre de cas de SIDA au Canada est faible mais les répercussions chez le public et les implications pour la santé de tous les Canadiens sont immenses. Toutefois, les problèmes ne découlent pas seulement du fait que nous avons affaire à une maladie infectieuse mortelle. À mon sens, le SIDA oblige les gens à se pencher non seulement sur eux-mêmes, mais aussi sur une

[Text]

threat is real or immediate, I think this is one of the concerns. People have had to review themselves, their role in society, and everyone else's.

I would also like to make the point that, in response to this threat, federal, provincial and non-governmental agencies have deployed resources to address the problem. However, these resources have been insufficient to respond adequately to the problem because it is a growing problem. It is one that seems to grow with a certain immediacy which needs to be attended to immediately. I think people can appreciate this, as seen in the response in the press for demands for information and answers right away, and so on.

Lastly, unhappy as this illness is—and I guess this is a point I would like to bring to make sure everybody realizes it—I think it has brought some benefits to Canada. As I phrased it here, it has repeatedly demonstrated the responsibility and humanity of many Canadians who have worked to combat this disease. The professionals, including nurses, physicians, technicians, researchers and various people like this have really ensured that any Canadian who is infected with this virus can—and this is important—and will receive excellent medical care.

The volunteers in various AIDS support groups have contributed their time, their money, and really their humanity again, their human kindness, to educate and care for persons with AIDS.

Federal, provincial and municipal employees have also been very involved, especially those individuals from the Laboratory Centre for Disease Control who quietly assumed the growing burden of surveillance, education and research, which AIDS has necessitated.

I think many of these individuals may have expressed concern and frustration at the limited resources and the growing demands that AIDS produces. Nevertheless, I think they have never flagged and held back from their work and their commitment to address this problem. I think they really are owed recognition and thanks for maintaining the excellence in health care that we have in Canada. I also think they are owed greater resources.

Now if I could just continue on with some information about the National Advisory Committee. I am chairman of the committee. I have listed here for you what is the mandate of it. The committee was formed in August 1983 by the Minister of National Health and Welfare to review the status of AIDS in Canada and other countries and to make recommendations to the Minister of National Health and Welfare and appropriate agencies. This will lead to implementation of medical care, research and other strategies with regard to diagnosis, treatment, control and prevention of AIDS in Canada.

We really are an advisory committee. We are not an executive committee. We are there to advise the government, and the government then will execute whatever it feels is appropriate, based upon the advice that we can provide.

[Translation]

société menacée par une infection qui pourrait devenir fatale. Que cette menace soit réelle ou immédiate, je crois qu'elle doit nous inquiéter. Les gens ont dû s'examiner, revoir leur rôle dans la société et celui de tous les autres.

J'aimerais aussi souligner que, en réponse à cette menace, des organismes fédéraux, provinciaux et non gouvernementaux ont consacré des ressources pour régler ce problème. Toutefois, ces ressources n'ont pas suffi pour répondre efficacement au problème, parce que c'est un problème qui prend de l'expansion. C'en est un qui semble devenir pressant et qui appelle une solution dès maintenant. Les gens le comprennent à en juger par les demandes exprimées dans la presse pour que l'on donne des renseignements et des réponses tout de suite.

Enfin, aussi regrettable que soit cette maladie, c'est un point que je fais ressortir pour m'assurer que tous en sont conscients elle a aussi eu des retombées bénéfiques pour le Canada. Comme je l'ai déjà dit, elle a démontré à maintes reprises le sens des responsabilités et l'humanisme de nombreux Canadiens qui ont travaillé à la combattre. Les professionnels, dont les infirmiers et infirmières, les médecins, les techniciens et les chercheurs, ont fait en sorte que tout Canadien infecté par ce virus peut recevoir et reçoit vraiment c'est important d'excellents soins médicaux.

Les bénévoles dans les divers groupes de soutien reliés au SIDA ont donné leur temps, leur argent et encore une fois leur humanisme, leur tendresse humaine, afin d'éduquer et de soigner les personnes souffrant du SIDA.

Les fonctionnaires fédéraux, provinciaux et municipaux ont aussi été très engagés, surtout ceux du Laboratoire de lutte contre la maladie, qui ont assumé sans tapage le fardeau de plus en plus lourd de la surveillance, de l'éducation et de la recherche nécessitées par le SIDA.

Bon nombre de ces gens ont peut-être exprimé leurs craintes et leurs frustrations face aux ressources limitées et aux demandes grandissantes que provoque le SIDA. Néanmoins, ils n'ont jamais baissé pavillon et ni flanché dans leur travail et leur désir de s'attaquer au problème. Nous leur devons vraiment notre reconnaissance et notre gratitude, parce qu'ils ont maintenu l'excellence des soins de santé que nous avons au Canada. Je crois que nous leur devons de plus grands moyens.

J'aimerais maintenant poursuivre par des renseignements sur le Comité consultatif national, dont je suis le président. Le mémoire contient le mandat de ce comité. Formé en août 1983, par le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada, ce comité est chargé de faire le point sur le SIDA au Canada et dans d'autres pays et de formuler des recommandations au Ministre ainsi qu'aux organismes pertinents. Ces recommandations aboutiront à la mise en oeuvre de soins de santé, de travaux de recherche et d'autres stratégies concernant le diagnostic, le traitement et la prévention du SIDA au Canada ainsi que la lutte contre cette maladie.

Nous sommes essentiellement un comité consultatif. Nous n'avons aucun pouvoir d'exécution. Nous sommes là pour conseiller le gouvernement, qui prend ensuite les mesures qu'il juge appropriées, compte tenu des conseils que nous avons dispensés.

[Texte]

The current membership, as you can see, is listed here. It covers various parts of Canada and various disciplines. One of the characteristics of everyone on this committee is a demonstrated expertise in aspects of the problem of AIDS in Canada.

As I say, we are an advisory committee. The variety of our activities shows very clearly that we advise the government on which areas of activity might be very useful. These include really what I have described here as four different areas and some of the things that have been done as a result of the advice of the National Advisory Committee on AIDS. Those include the surveillance of the disease or epidemiology and public health activities, page 6, or clinical activities, that is, relating to, for instance, our understanding of the disease, our education of medical personnel and health care personnel, the research and laboratory activities and finally, education and communication activities.

• 1005

As this problem has increased and demands for greater and greater efforts have become apparent, the National Advisory Committee on AIDS has tried to address these in different formats. One of the ones which we have done is to put together small task forces which can respond more quickly to the situations. These have addressed a variety of problems. They include this antibody testing for the AIDS virus; the information guidelines for people who will be using the antibody testing facilities, as they become available in Canada; guidelines on how to apply these and what information might be useful; and finally, more recently, we have been involved with some of the drug problems, as they relate to AIDS and specifically that of the anti-virus drugs that you may have heard a fair amount about, and how we might facilitate evaluation of these agents in Canada.

The National Advisory Committee on AIDS is not, as I say, a committee to do the work, so much as to advise the government what work. We have helped out somewhat in trying to stimulate research by helping either in grant reviews or site visits. A workshop that was held on the ways that viruses might impair the immune system was funded by the Medical Research Council of Canada and organized by the National Advisory Committee on AIDS. We have done a fair amount of work trying to provide further education and communication work. As the chairman, my own perception of it has been that this is a full-time job at the moment, just trying to get the information out to people. Again, the Laboratory Centre for Disease Control has been instrumental in getting this work done. They include a variety of things such as pamphlets that have been prepared, information for the medical profession that has come out as supplements to what we call the CDWR, the *Canada Diseases Weekly Report* and the information that has been done through various members of the committee, addressing public forums, research forums, various educational and media forums across the country.

[Traduction]

La composition du comité figure dans le mémoire. Les membres proviennent de diverses régions du Canada et de diverses disciplines. L'un des traits communs à tous les membres est une compétence reconnue dans des aspects relatifs au SIDA au Canada.

Je le répète, nous sommes un comité consultatif. La diversité de nos activités démontre clairement que nous conseillons le gouvernement sur des domaines susceptibles d'être très utiles. Elles comprennent ce que j'ai décrit ici comme quatre domaines différents ainsi que des activités organisées par suite des conseils du Comité consultatif national sur le SIDA. Ces activités touchent à la surveillance de la maladie ou l'épidémiologie ainsi que des activités dans le domaine de la santé publique (page 6) ou des activités cliniques, c'est-à-dire se rapportant par exemple à notre compréhension de la maladie, notre éducation du personnel médical et du personnel chargé des soins de santé, des activités de recherche et de laboratoire et enfin des activités d'éducation et de communication.

À mesure qu'a grossi le problème et que les demandes d'efforts accrus se sont manifestées, le Comité consultatif national sur le SIDA a tenté d'apporter diverses formes de solutions. C'est ainsi que nous avons mis sur pied de petits groupes de travail qui peuvent réagir plus rapidement aux situations que ne le ferait le comité consultatif. Ces groupes de travail se sont penchés sur divers problèmes. Ils ont réalisé des essais anticorps sur le virus du SIDA; publié des guides pour ceux qui se servent des trousseaux d'analyse anticorps à mesure qu'elles sont offertes au Canada; des lignes directrices sur la manière de se servir de ces trousseaux et sur les renseignements aptes à servir; enfin, récemment, nous nous sommes intéressés à des problèmes liés aux médicaments administrés contre le SIDA et plus spécialement aux médicaments antivirux dont vous avez peut-être entendu parler, ainsi qu'aux moyens par lesquels nous pourrions favoriser l'évaluation de ces agents au Canada.

Le Comité consultatif national sur le SIDA n'est pas un comité chargé de faire le travail, mais plutôt de conseiller le gouvernement sur les travaux à réaliser. Nous avons contribué à promouvoir la recherche en examinant des demandes de subvention ou en visitant des installations. Nous avons organisé, avec le concours financier du Conseil de la recherche médicale du Canada, un atelier sur les façons dont le virus peut attaquer le système immunitaire. Nous avons déployé des efforts assez importants pour favoriser les travaux d'éducation et de communication. En ma qualité de président, j'estime que d'essayer simplement de communiquer des renseignements aux gens est un emploi à plein temps pour le moment. Là encore, le Laboratoire de lutte contre la maladie a joué un grand rôle à cet égard. Des dépliants ont été rédigés et des renseignements destinés à la profession médicale sont parus dans des suppléments au *Canada Diseases Weekly Report* et les membres du comité ont communiqué des renseignements à l'occasion de colloques publics, de symposiums de recherche et par d'autres moyens d'éducation et d'information un peu partout au pays.

[Text]

I believe that the 1983—1984 annual report has been submitted to this committee already and is part of the information package that was disseminated at the beginning. If it has not been disseminated, I certainly can make sure you get this. I think you may already have it, but if not, I will ensure that it is brought over for you. The 1984—1985 is actually either completed now, or about to be completed, and it is my understanding that the Minister would like to table this, either to this committee or to the House itself. I am not quite sure which one, and I am waiting for clarification on that and how it will be delivered to you people. I certainly hope we can get a copy to you people very quickly . . . as soon as it is ready, which should be within the next week or two, hopefully.

If I could just continue for two more minutes, or three minutes here . . . just to say I have listed on pages 7 and 8 some of the research activity going on in Canada that we have been able to identify. There is some important research going on, which I think will have a tremendous impact on our understanding of this disease in Canada and elsewhere in the world. It spans a variety of aspects of the problem of AIDS. In some ways, I think this is just the tip of the iceberg. As we learn more and more, we see more and more areas where we need to know much more about this disease. I sort of look at research as similar to cultivating a garden. It just cannot start up overnight. It has to be sown, the manpower has to be found, and the programs have to be put into operation. I think these here represent, really, a tremendous reservoir of expertise for us. However, as we learn more and more about the disease, we see more and more problems and more and more things that need to be addressed.

On page 8, it is just simply a line . . . a budget we have been able to identify, through the National Advisory Committee on AIDS, listing some of the funds that have been deployed for research on AIDS. This is probably incomplete. It is my impression that many people who are doing research have had to divert funds, only to get a rapid response. Sometimes they see problems that need to be worked on and addressed urgently, relating to their own ongoing research. We have no way of understanding what quantity of research might be going on in those fields. This does not take on the intramural work that is going on within government, such as at the Laboratory Centre for Disease Control, where there is a tremendous amount of work going on, providing expertise and evaluating various things, such as their mandate would require; evaluating antibody testing kits, for instance, and things like this, bringing on line virus isolation aspects.

• 1010

This expenditure is not budgeted per year. This would probably indicate the total amount that has been spent in the last three to four years, so far, that we have been able to identify.

The last one is on page 9 which, I think as I mentioned, is the beginning ramifications of this disease. I do not know whether this has been addressed to the committee. If so, please tell me. This relates to some of what I have been calling public

[Translation]

Je crois que le rapport annuel de 1983-1984 a déjà été remis au comité avec la trousse de renseignements que nous avons fournie au début. Si vous ne l'avez pas reçu, je m'assurerai qu'on vous l'envoie. Je crois que vous l'avez déjà en main, mais si ce n'est pas le cas, je veillerai à vous le faire parvenir. Le rapport sur 1984-1985 est déjà prêt ou sur le point de l'être et je crois que le ministre aimerait le déposer lui-même au comité ou à la Chambre. Je ne sais pas exactement où le rapport sera déposé et j'attends des précisions sur la façon de vous le remettre. J'espère certainement que nous pourrions vous en remettre un exemplaire le plus tôt possible, dès qu'il sera prêt, ce qui ne devrait pas mettre plus d'une semaine ou deux, si tout va bien.

Si je peux continuer pendant deux ou trois minutes encore . . . simplement pour vous dire que j'ai indiqué aux pages 7 et 8 certains des travaux de recherche en cours au Canada et que nous avons pu repérer. Des recherches importantes sont en cours et elles auront des effets considérables sur notre compréhension de cette maladie au Canada et ailleurs dans le monde. Ils touchent divers aspects reliés au SIDA. En un sens, ce n'est que la pointe de l'iceberg. Plus nous en apprenons sur cette maladie, plus nous découvrons de mystères à percer. Je considère que la recherche ressemble au jardinage. Elle ne peut commencer du jour au lendemain. Il faut déblayer le terrain, trouver la main-d'oeuvre et implanter des programmes. Les recherches en cours représentent un bassin immense de compétences pour nous. Mais à mesure que nous en apprenons sur la maladie, nous découvrons aussi d'autres problèmes et d'autres questions à résoudre.

A la page 8 se trouve une liste des fonds consacrés à la recherche sur le SIDA établie par le Comité consultatif national sur le SIDA. Cette liste est probablement incomplète. J'ai l'impression que bien des gens qui font de la recherche ont dû prendre des fonds destinés à autre chose, pour obtenir une réponse rapide. Parfois, ils voient des problèmes qui se rattachent à des travaux déjà en cours sur lesquels il faut travailler et qui doivent être résolus rapidement. Nous n'avons aucun moyen de déterminer l'ampleur des travaux qui se réalisent de cette façon. Et nous ne tenons pas compte des travaux qui se font au sein du gouvernement et au Laboratoire de la lutte contre la maladie, par exemple, où nous savons que de nombreuses recherches sont en cours, ce qui fournit des compétences et des services d'évaluation dans divers domaines conformément à son mandat: évaluation des trousseaux d'analyse des anticorps, par exemple, et qui fait avancer les connaissances sur l'isolation du virus.

Les dépenses ne sont pas ventilées par année. Les montants correspondent probablement au total dépensé depuis trois ou quatre ans. Ce sont les montants dont nous sommes informés.

La dernière liste, à la page 9, se rapporte aux ramifications de la maladie qui commencent à se faire sentir. Je ne sais pas si le comité a déjà traité de cette question. Dans l'affirmative, veuillez me le dire. Il est question de certaines de ce que

[Texte]

issues. One of the things I have been appreciative of in dealing with the problem of AIDS and its various aspects, through the National Advisory Committee on AIDS as a researcher, as a clinician and also travelling across the country and meeting a variety of people from many walks of life, has been the impact that this illness has had on many levels of society. I have just tried to list those areas here for you.

I think the major point about this is really that it becomes a question of the rights and responsibilities of the individual who might be infected, or of groups of individuals who may be infected, say population groups that may be identified who may be infected, versus that of the public health and public welfare. They include things such as how this illness impacts on the individual; his rights to privacy; the rights to their own, for instance, sexual lifestyles; the rights to housing. I cannot document this factually and I am not really an individual who works in the social sciences field, but it is my impression that there have been concerns about the availability of housing for individuals, for instance, who are infected with this virus. There are obviously concerns whether other individuals living in the same household, will become infected. The rights to employability. Can an individual who is infected with this virus or sick from AIDS be allowed to work in certain industries? Has there been undue pressure brought to them to exclude them from work? I know we hear comments about this in various parts of the country where individuals have had their job shifted because of the threat, perceived or true, that they are infected with this virus.

There is also a concern, which, I think, probably may have been brought up at this committee, for the right of an individual who is infected with this virus, to be insured. We do not know the long-term outcome over the next 10 or 20 years. We do know that people who are infected with this virus may develop AIDS and may die an early death as a result of this. Obviously it has some economic impact on the insurance industry but at the same time, there has been great fright expressed by many people that having an infection, which may not alter always their longevity, can have an impact on the cost of insurance and even the ability to be insured.

There is concern for the availability of health care, and we have this in many other cities, whether an individual can have easy access to and availability of, for instance, dental care, hospital care, outpatient care, physician's office care. These are major concerns. I cannot document those with factual point-by-point knowledge, but I think it could be obtained if one needed that.

Finally, there have been concerns expressed about the rights of an individual to be embalmed and buried—this is the extent of it—because of the fear that this infection may be spread from one person to another, particularly to morticians or other people.

Another area of concern is the workplace. This includes who should be tested for this infection—Canadian Armed Forces, Canadian Mounted Police, police forces elsewhere, public service employees, it goes on and on. I do not know and I am

[Traduction]

j'appelle les questions du domaine public. Dans mes réflexions sur le SIDA et ses divers aspects au sein du Comité consultatif national sur le SIDA, en tant que chercheur, que clinicien et aussi par mes déplacements d'un bout à l'autre du Canada et mes rencontres avec des gens de toutes les couches de la société, j'ai été sensibilisé aux effets de cette maladie à de nombreux niveaux de la société. J'ai tenté d'en dresser la liste pour vous.

Le principal point à faire ressortir est que tout revient à une question de droits et de responsabilités de la personne qui est peut-être infectée ou des groupes de personnes qui sont peut-être infectées, de groupes de la population susceptibles d'être infectés et qui pourraient être repérés, par rapport à la santé publique et au bien-être public. Il faut considérer des aspects tels que la façon dont la maladie affecte le malade; son droit à une vie privée; son droit à son propre comportement sexuel, par exemple; son droit au logement. Je ne peux apporter de faits concrets et ne je travaille pas vraiment dans le domaine des sciences sociales, mais j'ai l'impression que certains s'inquiètent des problèmes de logement que peuvent connaître ceux qui ont ce virus. On se demande bien sûr si les autres personnes qui vivent sous le même toit attraperont le virus elles aussi. Il y a aussi le droit au travail. Celui qui porte le virus du SIDA ou qui est atteint de la maladie peut-il travailler dans telle ou telle industrie? A-t-on exercé des pressions indues pour empêcher ces personnes de travailler? Je sais que nous entendons des histoires à propos de personnes de toutes les régions du pays qui ont dû changer de travail par suite de la menace, perçue ou réelle, qu'elles étaient infectées par le virus.

Certains s'inquiètent aussi et c'est une préoccupation que vous avez probablement déjà entendue dans vos audiences du droit à l'assurance de la personne atteinte du virus. Nous ne connaissons pas les effets à long terme, d'ici 10 ou 20 ans. Nous savons que les personnes infectées par le virus peuvent contracter le SIDA et mourir prématurément. Il y a certainement des incidences économiques dans l'industrie de l'assurance, mais il y a aussi de grandes craintes exprimées par de nombreuses personnes qu'une infection, même si elle n'influence pas la longévité, influence le coût de l'assurance et même la faculté de s'assurer.

On s'inquiète de la disponibilité des soins de santé et c'est une inquiétude ressentie dans de nombreuses villes. Les malades peuvent-ils avoir aisément accès à des soins dentaires ou hospitaliers, à des soins en clinique externe ou au cabinet du médecin? Voilà de grandes préoccupations. Je ne peux encore une fois apporter de faits concrets, mais je pense qu'il serait possible de le faire si nécessaire.

Enfin, on s'inquiète des droits à l'embaumement et à l'enterrement et oui, ça va jusque là en raison de la crainte que l'infection se propage, en particulier chez les embaumeurs ou d'autres personnes.

Un autre domaine problématique est celui du milieu de travail pour déterminer s'ils sont infectés aux membres des Forces armées, de la Gendarmerie royale, des forces policières, aux fonctionnaires, la liste n'en finit plus. Je ne sais pas et je ne

[Text]

not here to make any judgments about that. All I can tell you is that in the United States, every member of the Department of Defence is now supposed to be tested.

Work restrictions. Can an individual who is infected with this virus be allowed to work in food handling? As far as I am concerned, there should be no risk or threat. The National Advisory Committee has come out with statements to that effect; the same with health service provisions.

Occupational risks are another concern. What are the rights and the responsibilities of employers relating to work in hospitals where we have to care for people who are infected with this virus? What about people taking care of children, for instance, in foster homes, day care institutions, educational institutions. We have already seen the concern about that in the media. What about individuals taking care of prisoners who might be infected with this virus, or the rights of prisoners to stay in prison if they are infected or uninfected?

Finally, people who have to service things. I was, just as an example, asked the other day by people at McGill who deal with plumbing, what are their guidelines for dealing with cleansing pipes and so on in laboratories that might have viruses. We have to develop these and this is one of the things the National Advisory Committee on AIDS will hopefully address very shortly.

Again, in the business aspects of it, there is insurance. The blood manufacturing people are really concerned because of their rights to be insured.

• 1015

There is some concern in the Canadian Red Cross Society and also some of the private concerns that produce factors that are used for the treatment of haemophilia and other products that are used across Canada for treatment of medical illnesses as to whether or not they are going to be held liable for the transmission of infection by the products that they procure and produce. Who is going to insure them, and are they going to have continued assurances that they will not be brought down simply because they have potentially large law cases in front of them?

There has been concern in San Francisco, and again expressed in Canada, about places where this infection may occur, such as in bathhouses, which have been associated with infection. It has had a very divisive effect in San Francisco, for instance.

This is also the problem of media responsibility. What is the responsibility of the media to address this issue, to educate the public—to not increase alarm but at the same time to produce a healthy concern?

We already have had problems with educational institutions. I do not think I need go on, but I think we need more educational materials to help everyone understand this and address the problem adequately.

[Translation]

suis pas ici pour me prononcer là-dessus. Tout ce que je peux vous dire c'est qu'aux États-Unis, tout employé du ministère de la Défense est censé subir un examen maintenant.

Parlons des restrictions au travail. Une personne infectée par le virus peut-elle travailler dans le domaine de la manipulation des aliments? En ce qui me concerne, je ne crois pas qu'il y ait de risque ni de menace. Le Comité consultatif national a fait des déclarations à cet effet; il en va de même dans le cas des services de santé.

Les risques professionnels sont une autre source de souci. Quels sont les droits et les responsabilités des employeurs en milieu hospitalier lorsqu'il faut soigner des personnes atteintes du virus? Qu'en est-il des personnes qui s'occupent d'enfants, dans des foyers nourriciers, des garderies, des établissements d'enseignement par exemple? Nous avons déjà vu des craintes de ce genre exprimées dans les médias. Qu'en est-il de ceux qui s'occupent de prisonniers susceptibles d'avoir le virus ou des droits des prisonniers de rester en prison s'ils sont infectés ou non?

Pensons enfin à ceux qui doivent assurer l'entretien de matériel. Pour donner un exemple, des employés de l'Université McGill affectés à la plomberie m'ont demandé des lignes directrices sur le nettoyage des tuyaux dans les laboratoires qui pourraient être infectés. Nous devons rédiger des lignes directrices de ce genre et c'est un aspect auquel le Comité consultatif national apportera une réponse très bientôt j'espère.

Pour revenir aux questions commerciales et de l'assurance, les entreprises qui font affaire dans le domaine des produits du sang s'inquiètent de leur droit à l'assurance.

La Croix Rouge canadienne et d'autres entreprises privées qui fabriquent des facteurs destinés au traitement de l'hémophilie et d'autres produits employés dans tout le Canada pour le traitement de maladie s'inquiètent aussi du risque d'être tenues responsables de la transmission de l'infection par les produits qu'elles procurent ou fabriquent. Qui va les assurer et leur garantiront que leurs assurances ne seront pas résiliées parce que des poursuites importantes pourraient être intentées contre elles?

On s'est inquiété à San Francisco et aussi au Canada des endroits où ces infections pourraient se manifester, dans les bains turcs par exemple, qui ont été associés avec l'infection. Les opinions sont très partagées à San Francisco, par exemple.

Il y a aussi le problème de la responsabilité des médias. Dans quelle mesure les médias ont la responsabilité de parler de cette question, d'éduquer le public pas pour accroître la panique mais pour susciter une saine préoccupation?

Nous avons déjà eu des problèmes avec les établissements d'enseignement. Je ne crois pas qu'il faille insister, mais nous avons besoin de plus d'outils pédagogiques pour aider tout le monde à comprendre le problème et à s'y attaquer correctement.

[Texte]

Finally, the health care area: You mentioned health care costs. Confidentiality is a major concern. Do we have the right to contact people who may have been infected with this virus and, in turn, their sexual contacts, for instance? Reporting problems: AIDS is a reportable disease, a notifiable disease, in six provinces. Hopefully, it will be everywhere across Canada very shortly. I think the intention is that and various people to do this.

As you are aware I think, blood screening has caused considerable concern in the press and among the Red Cross and various other agencies and groups in Canada. I think it is going to be a very useful thing. It is just a question, again, of public impact.

Then there is obviously all the cost relating to prevention, education, research.

The only other one would be people who have to deal with people infected with this disease in health care areas. Are the employers liable? What about compensation and so on if they develop infection related to their work? Those areas have not been addressed publicly yet only because I do not think we have seen cases where this has occurred.

That is really the report. I would be happy to answer any questions. I might provide further information.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Gilmore. You have certainly covered the waterfront, so to speak, in a very concise way and in a way we can really follow quite clearly.

Mr. White.

Shall we suggest five minutes? We can keep repeating ourselves if others want to speak.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to welcome Dr. Gilmore and add my congratulations for a very good report and presentation.

I have two specific questions. The first deals with your list of possible strategies on page 3. I wonder, first of all, if you have those numbered according to priority.

Dr. Gilmore: No, I do not, sir. I think that obviously strategic planning would go ahead of anything else so we could have some idea of contingencies and so on. I think that obviously is how we should go. I think the other is obviously the resources necessary, depending upon the planning sources and so on. But I do not have any specific one.

I think prevention campaigns are a stop-gap, immediate response that will help prevent further spread of the disease. At the same time, we have to put in place the framework or groundwork—I would say a foundation—by which any new technology or new treatments or new developments of any kind become available either to diagnose or to tell whether people are becoming infected or what is going to happen to them and so on. It would have to be in place quickly—or not quickly so

[Traduction]

Enfin, le domaine des soins de la santé: Vous avez parlé des coûts des soins de santé. La confidentialité est un grand problème. Avons-nous le droit de communiquer avec des personnes qui auraient pu être infectées par le virus et avec celles avec qui elles ont eu des relations sexuelles, par exemple? Les problèmes de communication: dans six provinces, le SIDA est une maladie qu'il faut signaler. J'espère que bientôt il faudra le faire dans toutes les provinces du Canada. Je crois que les provinces ont l'intention d'imposer cette exigence.

Comme vous le savez, les analyses de sang ont soulevé de vives inquiétudes dans la presse, à la Croix Rouge et dans divers autres groupes et organismes au Canada. Je pense que ces analyses seront très utiles. Encore une fois, il s'agit simplement d'une question d'effet sur le public.

Et puis, il y a bien sûr tous les coûts reliés à la prévention, à l'éducation et à la recherche.

Le seul autre point toucherait les gens qui doivent s'occuper des personnes infectées par cette maladie dans les centres de santé. Les employeurs peuvent-ils être poursuivis? Que penser des indemnités à verser si des employés contractent l'infection dans le cours de leur travail? Ces aspects n'ont pas encore été examinés publiquement, simplement parce que nous n'avons pas encore vu de tels cas se produire.

Voilà l'essentiel de mon rapport. Je serai heureux de répondre à vos questions. Je pourrai peut-être apporter des compléments d'information.

Le président: Merci beaucoup, docteur Gilmore. Vous avez certainement touché à l'essentiel de façon très concise et très facile à suivre.

Monsieur White.

Puis-je suggérer de nous limiter à cinq minutes? Nous éviterons de nous répéter et donnerons à chacun l'occasion de s'exprimer.

M. White: Merci, monsieur le président.

J'aimerais souhaiter la bienvenue au docteur Gilmore et le féliciter pour son excellent rapport et son très bon exposé.

J'ai deux questions précises. La première touche votre liste de stratégies possibles, à la page 3. Je me demande si elles sont indiquées en ordre de priorité.

Dr Gilmore: Non monsieur. Je pense que la planification stratégique devancerait les choses et nous permettrait de nous faire une idée des éventualités par exemple. C'est certainement dans cette direction que nous devrions aller. Il faut aussi tenir compte des ressources nécessaires et des sources de planification. Non, je n'ai pas dressé de liste de priorités.

Les campagnes de prévention sont une solution provisoire, une réaction immédiate qui aide à prévenir la propagation de la maladie. En même temps, il faut mettre en place le cadre ou les fondations permettant d'avoir accès aux nouvelles techniques, aux nouveaux traitements ou à toute nouvelle découverte pour diagnostiquer ou déterminer si les gens deviennent infectés ou ce qui leur arrive une fois qu'ils le sont. Il faudrait les mettre en place rapidement ou pas trop vite selon le cas pour que toutes le reste puisse en découler.

[Text]

much as the foundation so all these other things can take place.

I see it as sort of a concerted, if I could call it that, orchestrated program. I could not tell you specifically which of these should go the very first. Obviously, if you have a national resource centre which is going to do a lot of strategic planning then you have taken care of No. 1 and No. 4, for instance. At the same time, they would need the resources to do this and, obviously, identify the resources that have been used. Again, that may be the group from which prevention campaigns might flow. So I could see it sort of being an orchestrated group, and I would just see these as some of the issues, I think, that would be most helpful to have addressed and implemented, I guess.

Mr. White: Okay.

I would like to go back for my second question to the bottom of page 1, where you mention one of the consequences. I was interested to hear you mention a slow, but progressive, brain destruction and brain infection. Excuse my ignorance, but, if we do start to have many infected individuals who do not succumb from the immunodeficiency, do these brain infections pose any public danger?

• 1020

Dr. Gilmore: The usual way we have perceived this brain infection to occur has been that of what I would guess we would call a dementia. It would be similar, I guess, to perceive it as somewhat like a senility, an early senility, if you want to call it that—forgetfulness, lack of thinking clearly, sort of what great-grandfather always has when he is 90 years of age. It is this type of picture that we see most frequently.

Mr. White: So there would not be psychotic behaviour or anything like that?

Dr. Gilmore: No, no. We do not think this would lead to things like psychotic behaviour, anti-social behaviour, or aggressive behaviour. No, I do not think so, although on the other hand such things can be seen to occur in dementia states. Again, as people become demented at times, their control and higher functions will become impaired. So with their lack of control and so on, anti-social behaviour may become more apparent, but we would not be anticipating that would be the major concern.

I think really I would be looking at it more as sort of what we see in people who get elderly and forgetful and so on and eventually it goes on. But it is progressive over many months when it does occur in its more florid form, as we have seen it so far.

Now, the concern is that if an infection starts today it may take five or ten years for that to develop. We do not know for certain, because we have only had this disease around for five years. We know that the destruction of the immune system can occur within two years to probably five years, and sometimes up to ten years, so maybe that is the first thing we have seen and that is identified to us that this illness is here and we have recognized it easily.

[Translation]

Il me semble qu'il faudrait un effort concerté, orchestré. Je ne peux vous dire ce qui doit passer en premier. De toute évidence, si on a un centre de ressources national qui effectue beaucoup de planification stratégique, alors on règle les points 1 et 4, par exemple. En même temps, il faut des ressources pour créer un tel centre et déterminer les ressources qui ont été employées. C'est peut-être ce groupe qui pourrait prendre en main les campagnes de prévention. Je pourrais concevoir une espèce de groupe concerté et je considérerais les points évoqués comme une partie des questions qu'il serait très utile de régler.

M. White: Bien.

Ma seconde question se rapporte aux conséquences dont il est question au bas de la page 1. J'ai été très intéressé par la mention d'une destruction lente mais progressive du cerveau et d'une infection du cerveau. Pardonnez mon ignorance, mais si nous commençons à avoir bien des personnes infectées qui ne succombent pas de l'immunodéficience, est-ce que ces infections du cerveau constituent un danger public?

Dr Gilmore: Normalement, nous avons perçu la présence de cette infection du cerveau comme une espèce de démence. On pourrait aussi la percevoir comme une sorte de sénilité, de sénilité précoce caractérisée par des pertes de mémoire, l'incapacité de penser clairement, un peu comme le grand-père de 90 ans. C'est ce genre de réaction que nous voyons le plus souvent.

M. White: Il n'y aurait pas de comportement psychotique ni rien du genre?

Dr Gilmore: Non, non. Nous ne pensons pas que cette maladie entraînerait par exemple un comportement psychotique, antisocial ou agressif. Je ne pense pas, bien que ces comportements puissent se retrouver en état de démence. Mais encore là, quand les gens ont des crises de démence, leur contrôle et leurs fonctions supérieures sont affectés. Avec ce manque de contrôle, le comportement antisocial peut devenir plus apparent, mais nous ne pensons pas que cela puisse devenir grave.

Le comportement ressemble plutôt à celui qu'on retrouve chez les personnes qui vieillissent et perdent la mémoire, par exemple, et ça s'aggrave avec le temps. Mais la progression s'échelonne sur des mois et ne se produit pas dans sa forme la plus spectaculaire, d'après ce que nous avons vu jusqu'ici, du moins.

Toutefois, on peut s'inquiéter du fait que si l'infection commence aujourd'hui, elle peut mettre de cinq à dix ans à se développer. Nous ne savons pas exactement, parce que la maladie n'existe que depuis cinq ans. Nous savons que la destruction du système immunitaire peut arriver de deux à cinq ans après l'infection et parfois jusqu'à dix ans plus tard, alors c'est peut-être la première chose que nous avons vue de

[Texte]

Mr. White: Thank you, Dr. Gilmore. That is all I had, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. White. Further questions? Mr. Redway.

Mr. Redway: Dr. Gilmore, from your comments and your presentation I gather that you would see—and correct me if I am wrong—that the main thought to start here would be the creation of a national resource centre. Is that correct?

Dr. Gilmore: I think so. I would hate to put on it the specific title or the specific objectives. I think I was looking at it more as to the goals and so on. I am not trying to avoid that, in answer to you directly, but I think there are people within governments, for instance—either federally or provincially, however it might be organized or could be organized—who perhaps could provide more of the specific information as to that. I would see that sort of identifying the people across Canada to go to for further information, for the expertise they might need. This group would also know where that expertise is, help co-ordinate in sort of a comprehensive, global fashion.

One of the things I am aware of from having been so heavily involved with the AIDS problem has been the diversity of questions that come up in the needs for information, the needs to implement things. Again, whether it be plumbers at McGill who want to know how to cleanse the pipes or people in the health care areas who want to know how to deal with a specific aspect of the disease or questions such as you people have here, it would be nice to have one centre that is sort of comprehensively keeping tabs on it all, providing that sort of strategic planning with all its contingencies that might be necessary, putting into place programs and developing them and so on.

I think to me that would be a very important thing to have, but whether it would be one person or a hundred people or whether it would be located in one particular area, how it might operationally work I have not really addressed specifically. I have certainly talked in government a lot about it.

Mr. Redway: Are there any other examples of a similar type of national resource centre, by that name or any other name, dealing with any other kind of disease, either here in Canada or elsewhere in the world?

Dr. Gilmore: Yes. I think the good example you already have is the one that has already taken on this responsibility, as it were—the Laboratory Centre for Disease Control. They are responsible for dealing with infectious illnesses in Canada, which obviously do not respect necessarily provincial borders and can spread rather quickly and so on. Their real job is to address this problem, and in general I think they have been trying to do this very well. I really appreciate their work very, very much. I think it is a question of how much that work can be expanded and how much more can be assumed under the current situation.

[Traduction]

cette maladie et que nous avons pu identifier, nous savons que la maladie est là et nous l'avons reconnue facilement.

M. White: Merci, docteur Gilmore. C'est tout, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur White. D'autres questions? Monsieur Redway.

M. Redway: Dr Gilmore, d'après vos remarques et votre exposé, je crois comprendre et corrigez-moi si je me trompe que, selon vous, la première mesure à prendre consisterait à créer un centre national de ressources. Est-ce exact?

Dr Gilmore: Oui. Mais je ne tiens nullement à imposer son appellation ni à en préciser moi-même les objectifs précis. Je pensais plutôt aux buts. Je n'essaie pas de l'éviter, pour répondre directement à votre question, mais je pense qu'il y a des gens au sein des gouvernements, fédéral ou provinciaux peu importe qui se chargeraient de l'organisation probablement mieux en mesure que moi d'apporter des précisions à ce sujet. Je verrais bien un tel organisme dresser la liste des Canadiens à qui on pourrait s'adresser pour obtenir des renseignements et dont les compétences pourraient être mises à contribution. Cet organisme saurait aussi où trouver les compétences, aiderait à tout coordonner d'une manière globale et exhaustive.

L'une des choses que j'ai constaté par mon engagement profond face au problème du SIDA c'est la diversité des questions qui surgissent à propos des besoins d'information, de la nécessité d'agir. Que ce soit les plombiers de l'Université McGill qui veulent savoir comment nettoyer la tuyauterie, ou les professionnels de la santé, qui veulent savoir comment réagir face à des aspects précis de la maladie, ou encore des gens comme vous qui se posent des questions, il serait bien d'avoir un centre capable de se charger de tous ces aspects, un centre qui ferait de la planification stratégique en tenant compte de toutes les éventualités et qui élaborerait et mettrait en place des programmes, par exemple.

Selon moi, ce serait un outil très important, mais je ne me suis pas vraiment demandé s'il devrait occuper une seule personne ou une centaine, ou il devrait être établi, ni comment il devrait fonctionner. Mais j'ai certainement beaucoup parlé d'un tel centre au gouvernement.

M. Redway: Y a-t-il des exemples de centres semblables, qu'ils s'appellent centre national de ressources ou autrement, s'intéressant à d'autres maladies au Canada ou ailleurs dans le monde?

Dr Gilmore: Oui. Le Laboratoire de la lutte contre la maladie est un bon exemple chez nous d'un centre qui assume déjà cette responsabilité. Ce centre s'occupe des maladies infectieuses au Canada, qui ne respectent pas nécessairement les frontières provinciales, cela va de soi, et qui peuvent se propager rapidement. Son travail consiste à s'attaquer à ce problème et, règle générale, il y arrive très bien. Je suis vraiment très très reconnaissant du travail qui se fait à cet endroit. Mais il faut se demander dans quelle mesure ce travail pourrait s'intensifier et dans quelle mesure le Laboratoire peut augmenter sa charge de travail dans la situation actuelle.

[Text]

I think the other part, if I might just say that, is part of the implications, as I was saying here, go beyond just the actual infection itself and its illness. I think this means that for a group that has been addressing this . . . I think they have been doing a very good job, but I think it needs to be somewhat amplified perhaps.

Mr. Redway: So if I understand correctly what you are saying, the mechanism is already in place and all we have to do is provide some more funding and perhaps ask it to undertake a greater mandate . . .

Dr. Gilmore: Yes, I would say so.

Mr. Redway: Is that right?

• 1025

Dr. Gilmore: I think so. The other one, as I say, is not only in this country, but you have other areas, as in the United States, where the Center for Disease Control in Atlanta is doing somewhat of this aspect of it. But it is not only there. There are other areas of expertise.

One of the things here is if you look at the funding for research, we have the National Health Research and Development Program, we have the Medical Research Council, deploying funds for research. All of these have to be co-ordinated. I think this is another aspect.

It would be the same thing in the United States. You have the Center for Disease Control and you have the National Institutes of Health, both of which are battling this illness—and the National Cancer Institute in the United States. There is some co-ordination there as well, which has been identified in the United States to be slightly lacking. I would not say necessarily that it is absent, but it has just been lacking to some extent. Certainly it is being more and more taken over and co-ordinated through the Minister of Health or the Secretary of Health Services in the United States.

Mr. Redway: So if you were making a suggestion to us, something we might recommend to the government in the way of action in this area, your primary suggestion would be along these lines?

Dr. Gilmore: I think so, yes, provided that one appreciates all these aspects of it. In other words, it would be no good to set up and say that this group is mandated to examine comprehensively and do the business if the resources are not there that are adequate to do the job.

At the same time, as I emphasized, stimulation of research is very important. When you want to get answers, when you want to develop new programs, when you really want to have that latest test available, it usually comes out of the research sphere where people have been focusing very intensively on this problem. You want to bring great minds into this and address this problem. So I think you need to stimulate research as well.

I think you have to have, at the same time, all the other things that will be available, such as the prevention campaigns—and the resources again. So co-ordination in focusing, resources, and research would be the three major ones. But I tried to emphasize all of them there.

[Translation]

L'autre aspect, si vous me permettez, l'aspect des implications, comme je le disais tantt, va audelà de l'infection elle-même et de la maladie. Cela signifie qu'en tant que groupe qui s'est penché sur cette question, il a fait un très bon travail, mais je crois qu'il faudrait peut-être aller plus loin.

M. Redway: Si je vous comprends bien, le mécanisme existe déjà; tout ce que nous devons faire c'est le financer davantage et élargir son mandat

Dr Gilmore: Je dirais que oui.

M. Redway: C'est exact?

Dr Gilmore: Il y a également le *Center for Disease Control* à Atlanta aux États-Unis qui fait également de la recherche sur le SIDA.

Pour ce qui est des fonds destinés à la recherche, ils proviennent essentiellement des programmes de recherche et de développement en matière de santé ainsi que du Conseil médical de la recherche. Or ces différents fonds devraient être coordonnés.

Aux États-Unis, la recherche est effectuée par le *Center for Disease Control*, le *National Institutes of Health* et le *National Cancer Institute*, mais ces travaux de recherche sont jusqu'à présent insuffisamment coordonnés. Le ministère américain de la Santé a pris des mesures pour assurer à l'avenir une meilleure coordination entre ces divers travaux.

M. Redway: Donc vous trouvez que nous devrions recommander en priorité au gouvernement d'assurer une meilleure coordination de la recherche.

Dr Gilmore: Oui, à condition de tenir compte de tous les facteurs que j'ai énumérés. Ainsi, il ne servirait à rien de charger une équipe de recherche de ce travail si elle ne dispose pas des moyens nécessaires.

Toujours est-il qu'il est essentiel d'encourager la recherche. Ce n'est que grâce à la recherche en effet qu'on peut espérer obtenir des réponses aux problèmes qui se posent. Or il s'agit d'encourager les meilleurs cerveaux à se pencher sur cette question.

Il faut également lancer des campagnes de prévention, ce qui bien entendu coûtera de l'argent. Il faut donc assurer une certaine cohérence, dégager les moyens nécessaires et encourager la recherche.

[Texte]

Mr. Redway: And the co-ordinating would come under the focusing, is what you are saying.

Dr. Gilmore: Of that centre, yes.

Mr. Redway: You have said you had been discussing with government these various options. Have you any idea of what a cost figure might be for setting up or designating the Centre for Disease Control to co-ordinate all these activities, apart from the research function, which is something you could expand to the limit or beyond the limit; but the other function?

Dr. Gilmore: I cannot really address the number of personnel or man-years they may require. I could not necessarily address it in specific dollar figures. I really do not know. I could try to get back to you with an answer after some more discussion with people there.

Mr. Redway: That has not been discussed in any detail? The concept has, but . . .

Dr. Gilmore: I certainly have sat in on a variety of discussions. Because it has been somewhat a strategic business of saying, well, if we want to do this much, if we want to do this much, if we want to do this much, do you do it in one year, two years, three years, how do we address the problem; for the surveillance across Canada we need this much and so on. So it has been really one of identifying what resources might be necessary and then going from, say, the very deluxe five-star category down to the one-star . . . well, we can get along with my seven-year old car and travel around town to do all the stumping that is necessary, or you can have the chauffeur-drive limousine to take you everywhere. I think it has been that type of thing.

I am not trying to waffle too much, but to say as one, I am not really sure what might be the appropriate funding. I am not sure how much people have tried to envisage what might be the best program.

Mr. Redway: You have not come to a conclusion in your own mind as to what that might be?

Dr. Gilmore: No. I would guess there were three or four areas I could see that might be costly. I hate to bring out numbers because I am afraid that the media might want to focus on those and say why are you not getting this much money versus why are you not getting that much money and why did you not ask for precisely this much. That is one of the reasons I do not want to say any specific numbers.

I think one could look at it on different levels. One might go for somewhere in the range of about \$5 million per year upwards in multiples of that, depending . . . and that would incorporate into it some research funding, probably doubling it to get the adequate research funding at each point. But I would say probably it would be somewhere in that range.

• 1030

That would ensure that the ongoing functions of the Laboratory Centre for Disease Control are in place and that we could then provide all of this information. That would include the prevention campaigns and the educational campaigns to get that information out and the staff to produce

[Traduction]

M. Redway: La coordination et la cohérence iraient donc de pair.

Dr Gilmore: Oui.

M. Redway: Vous avez donc discuté avec les autorités de ces questions. Est-ce que vous pourriez nous dire combien cela coûterait de confier au Laboratoire de lutte contre la maladie la tâche de coordonner ces diverses activités, en excluant les travaux de recherche?

Dr Gilmore: Je ne peux pas vous dire combien cela coûterait ni combien d'années-personnes cela exigerait. Je pourrais peut-être vous citer des chiffres après en avoir discuté avec les intéressés.

M. Redway: Vous n'en avez donc pas encore discuté en détail.

Dr Gilmore: J'ai participé à toute une série de discussions. Il s'agit bien entendu de fixer des objectifs et les délais dans lesquels ils devraient être réalisés, car un dépistage à l'échelon national exigerait des crédits importants. Mais jusqu'à présent, on en est encore à la discussion générale.

Il m'est donc impossible pour l'instant de vous citer des chiffres précis et d'ailleurs je ne pense pas qu'un programme ait d'ores et déjà été arrêté.

M. Redway: Vous ne savez donc pas encore au juste ce qu'il faudrait faire.

Dr Gilmore: Non. Certaines mesures seraient bien entendu coûteuses mais je ne voudrais surtout pas avancer de chiffres, car je sais que les médias risquent aussitôt de s'en saisir et d'en donner de fausses interprétations.

On devrait sans doute envisager environ 5 millions de dollars par an, montant qui serait ensuite majoré chaque année par un multiple de 5, y compris pour les travaux de recherche.

Cela permettrait au Laboratoire de lutte contre la maladie de poursuivre les travaux nécessaires aux campagnes de prévention et d'information. Cela permettrait également un meilleur dépistage et une meilleure surveillance de la maladie. Nous pourrions ainsi monter des laboratoires et autres

[Text]

them. It would incorporate better surveillance and allow people to do that, to monitor the disease better. It would allow us to have a variety of facilities. For instance, right at the moment it is almost impossible to get this virus isolated in any place across Canada. That is important at certain times; for instance, the use of anti-virus drugs.

Within LCDC we are now addressing very urgently ways to get the virus isolation available. We hope there will be some resolution of that very quickly. But that is costly also. I could see that using up several million dollars just to get that implemented across Canada, if that were to be the way to do it.

It would probably start as multiples of \$5 million per annum. That would probably provide everybody with sufficient funds. I really think there are probably people in the government who could give you a much better answer on that and I really would not want to be held to specific amounts. I am sorry. I feel like I am not answering the question for you.

Mr. Redway: Oh, no. That is no problem.

Dr. Gilmore: I would see that as probably \$5 million to \$20 million.

Mr. Redway: Right.

Dr. Gilmore: That would provide the resources. We do not know how much this disease is going to expand. We have the trends and we can plot on those and plan on those.

What about the educational problems? We need to know more about that. What about the prison problems? What about screening and testing people across the country?

All these things just keep blowing up, as it were. It is somewhat like a war. Suddenly there is another explosion and another skirmish over here, so you have to deploy forces there and you deploy forces here. Suddenly you start using lots. We do not know yet what are going to be the next major problems. This whole illness has been characterized that way. It may be the planning is going to be a little bit different.

Mr. Redway: Is there really not much in the way of co-ordination going on now? Is that what you are saying?

Dr. Gilmore: Yes there is. The Laboratory Centre for Disease Control is becoming that center. I think it is recognized as that center, that group. People are trying to address that and try to bring out all the information.

We have produced guidelines. We have produced a lot of educational information in pamphlets and information for the health-care professionals. There is an ongoing laboratory effort there relating to antibody testing, evaluation kits. There is expertise in that field. National surveillance on how many cases is going on, and we say that there are about 400 cases in Canada.

This is all because we have been able to do this surveillance through the Laboratory Centre for Disease Control. It is getting there. It just needs to be built up and probably formalized more, so that the manpower is there. If the resources are there, then people can do a job, not only to

[Translation]

installations nécessaires, entre autres pour isoler le virus, ce qui à l'heure actuelle ne se fait nulle part au Canada, alors que l'on devrait en principe pouvoir étudier les produits utilisés contre le virus.

Le LLCM essaie d'obtenir le plus rapidement possible les installations nécessaires pour isoler le virus, ce qui pourrait revenir à plusieurs millions de dollars.

Il faudrait je pense commencer avec un crédit de 5 millions de dollars par an, mais je ne pense pas que je sois vraiment la personne la mieux placée pour répondre à cette question.

M. Redway: Je comprends parfaitement.

Dr Gilmore: J'imagine qu'on aura besoin des crédits allant de 5 à 20 millions de dollars.

M. Redway: D'accord.

Dr Gilmore: Cela nous permettrait d'agir, mais il est impossible de prévoir l'allure à laquelle cette maladie va se propager. Certaines tendances ont déjà été dégagées à partir desquelles on devrait pouvoir faire certaines prévisions.

Nous devons par ailleurs apprendre davantage au sujet des campagnes d'information, des campagnes de dépistage etc.

De nouveaux problèmes se posent chaque jour et des mesures doivent donc être prises, tout comme s'il s'agissait d'une guerre. Il est impossible de prévoir l'évolution de la maladie, ce qui complique d'autant la planification.

M. Redway: Donc pour le moment, la coordination laisse à désirer.

Dr Gilmore: Il y a déjà une certaine coordination. Le laboratoire de lutte contre la maladie assure notamment cette coordination.

Nous avons établi un certain nombre de directives, publié des brochures d'information destinées au personnel soignant. D'autre part, on poursuit les travaux de recherche sur le dépistage des anticorps. Il y aurait actuellement au Canada environ 400 personnes atteintes du SIDA.

Le Laboratoire de lutte contre la maladie nous a donc permis de réaliser des progrès importants, mais il reste encore beaucoup à faire. Mais nous avons besoin de nouveaux crédits afin de pouvoir prendre des mesures préventives de façon à atténuer l'inquiétude du public. Nous espérons que toutes ces

[Texte]

respond, as an add-on, but also to anticipate and to be ahead of it and to have in place those contingencies which will address things and minimize concern in the public. We hope that and better education will stop the illness from spreading.

Mr. Redway: Thank you. I would like to go on, if I may?

The Chairman: We can come back to you again, though. Mr. Lesick and then Dr. Marin.

Mr. Lesick: Thank you very much, Mr. Chairman.

The previous questioner went into the area I was particularly interested in and I thought I would just like to enlarge on a couple of aspects of this. You have a current membership of NAC AIDS. Is that the way it was developed, shall we say, three years ago? Or is this the new improved membership?

Dr. Gilmore: It has changed over the years. We have gone through three years now and each year it has changed slightly. I remain the chairman. Gordon Jessamine from the Laboratory Centre for Disease Control, who is Chief of Field Epidemiology Division, has remained as the secretariat. A variety of people here have remained on the committee. Others have come through. This reflects either changes in the availability of people or changes in the need for different types of expertise.

Mr. Lesick: I notice you do not have any social or legal person on that.

Dr. Gilmore: Yes. Let me go back and say we do not consider this a representative committee. In other words, it does not yet represent every different jurisdiction or every different group. It would be almost impossible and we would have to have people from the Haemophilia Society, from the gay organizations, from law and from social areas and so on. Initially, it started out as a group that would have, as it were, the expertise to address various aspects of it as we then knew it. It has grown along with the problem. I do not think it is necessarily comprehensive. We are aware of that, and we are aware more and more of the social impact of this illness. If one goes back two years ago, we saw much less of the social impact then.

The people on the committee were aware of it, but its impact and society's awareness were not as strong and as large. We are about two years behind the United States. I think a lot of the impact we are aware of came from the United States, and we had the trends and the patterns to see what it was. So I think this has grown up from that.

• 1035

Mr. Lesick: I have one more question.

The Chairman: All right, one more.

Mr. Lesick: What do you feel your committee should do generally now? The other thing is: Did you present a report to the Minister in the last week or 10 days?

Dr. Gilmore: It depends. Yes, for the annual report . . .

Mr. Lesick: On December 9?

[Traduction]

mesures ainsi qu'une campagne d'information permettra de freiner la propagation de la maladie.

M. Redway: Est-ce qu'il me reste encore du temps?

Le président: Vous aurez encore l'occasion d'intervenir. C'est maintenant au tour de M. Lesick et ensuite au docteur Marin.

M. Lesick: Merci monsieur le président.

Je voudrais revenir sur les questions posées par mon collègue. Les membres du Conseil national consultatif sur le SIDA sont-ils les mêmes maintenant qu'il y a trois ans?

Dr Gilmore: Certains changements sont intervenus depuis la création du conseil. J'occupe toujours la présidence et M. Gordon Jessamine du Laboratoire du lutte contre la maladie et chef de la division de l'épidémiologie est toujours le secrétaire. Certains membres siègent au conseil depuis trois ans, d'autres ont changé, soit qu'ils n'étaient plus libres, soit qu'on avait besoin d'autres experts.

M. Lesick: Vous n'avez ni juriste ni travailleur social.

Dr Gilmore: Le comité n'est pas encore représentatif à notre avis en ce sens qu'il ne regroupe pas tous les secteurs intéressés. Ce serait d'ailleurs pratiquement impossible car on devrait avoir des représentants de la Société des hémophiles, des organisations d'homosexuels, des juristes, des travailleurs sociaux etc. Au début, il s'agissait de réunir un groupe d'experts, mais au fur et à mesure de l'évolution du problème, nous nous sommes adjoint d'autres personnes. Mais maintenant nous nous rendons de mieux en mieux compte des répercussions sociales de cette maladie, ce qui n'était sans doute pas le cas il y a deux ans.

A cette époque, nous n'attachions pas autant d'importance à l'aspect social du SIDA. Nous avons un retard d'environ deux ans par rapport aux États-Unis. Nous avons pu suivre l'évolution de la maladie et ses répercussions sociales chez nos voisins.

M. Lesick: Je voudrais poser une dernière question.

Le président: Allez-y.

M. Lesick: Qu'est-ce que votre comité devrait maintenant faire à votre avis? Je voudrais également savoir si vous avez soumis un rapport au ministre il y a une dizaine de jours.

Dr Gilmore: En ce qui concerne le rapport annuel . . .

M. Lesick: Le 9 décembre?

[Text]

Dr. Gilmore: Yes, this is part of it here. It is information which will shortly be published. I know a manuscript has been prepared by two members of our committee, Dr. Read from Toronto and Dr. Wainberg from Montreal, on the research work, and this was in our last year's meetings. We reviewed this, and this is the report that was made to the federal-provincial meeting on AIDS on December 9. Again, this is just information, pages 7 and 8, on the AIDS research.

Mr. Lesick: All right, I just wanted to be sure about that. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Lesick.

Dr. Marin.

M. Marin: Merci, monsieur le président.

Votre exposé était intéressant, docteur Gilmore. Je vois, à la page 5, les noms des membres de votre comité, et je revois certains de ces noms à la page 8. Est-ce que votre comité est un regroupement de chercheurs qui travaillent dans des laboratoires de recherche?

Dr. Gilmore: No, sir, not at all. I think many of the individuals on this committee represent the available expertise in Canada who are involved with research. There are many other researchers, obviously, in Canada who are not on this committee, and there are many people on the committee who are not necessarily doing research.

It is just that I think some of these people, as you look at them, have come from a research background because we felt we needed a research expertise on this national advisory committee. So, for instance, people who have been very strong in the research field would be Dr. Dupuy, Dr. Read, Dr. Wainberg and myself, I guess, if I am not being too presumptuous. Also, Dr. Gill from the Laboratory Centre for Disease Control has been heavily involved with a variety of research projects as well, and he comes from a very strong research background. So these are people who have a research background. At the same time they obviously are doing their research in the AIDS area.

I do not know if that is answering your question or not. I think there are two separate groups, in other words. First, we have tried to get the expertise onto the committee. Some of those are researchers, so that is why we see them listed here. Conversely, some of the people on the committee are not doing research, so you obviously do not see them listed.

M. Marin: Votre comité a-t-il des contacts fréquents avec les chercheurs américains en ce qui concerne ce sujet?

Dr. Gilmore: Yes. Usually when we have meetings, for instance, a representative from the Center for Disease Control in Atlanta is present at our meetings to provide us with their advice and counsel and information they would have. Second, many of the people here who are involved with research, for instance, attend research meetings. I have been at several of them recently, talking to people I would consider as the leaders in their field, people such as Dr. Montagne from France or Dr. Gallo from Washington. We have opportunities there to exchange information and so on, and then this is brought back

[Translation]

Dr Gilmore: Ces renseignements devraient être publiés incessamment. Deux membres de notre comité, les docteurs Read de Toronto et Wainberg de Montréal ont rédigé un mémoire consacré aux travaux de recherche. Un rapport a été soumis le 9 décembre dernier à la réunion fédérale-provinciale consacrée au SIDA. Les pages 7 et 8 contiennent des renseignements sur la recherche consacrée au SIDA.

M. Lesick: Merci beaucoup.

Le président: Merci monsieur Lesick.

Le docteur Marin.

Mr. Marin: Thank you, Mr. Chairman.

Your presentation was most interesting Doctor Gilmore. The names of the members of your committee appear on pages 5 and 8. Is your committee made up of researchers only?

Dr Gilmore: Non pas du tout. Un certain nombre de membres du Comité sont bien entendu des chercheurs, mais le comité ne regroupe pas tous les chercheurs du Canada et certains de nos membres ne font pas de la recherche du tout.

Nous avons bien entendu un certain nombre de chercheurs car nous avons jugé que c'est indispensable pour un comité consultatif comme le nôtre. Parmi les chercheurs il y a les docteurs Dupuy, Read, Wainberg et moi-même. Le docteur Gill du LCCM possède également une vaste expérience dans le domaine de la recherche. Toutes ces personnes font de la recherche sur le SIDA.

Je ne sais pas si cela répond à votre question. Nous avons donc deux groupes au sein du comité: d'une part les chercheurs dont les noms sont repris dans la liste et d'autre part, les autres personnes dont les noms n'y figurent pas.

Mr. Marin: Does your committee have frequent contacts with your American counterparts?

Dr Gilmore: Certainement. Un représentant du *Center for Disease Control* de l'Atlanta assiste à nos réunions et nous donne éventuellement des conseils. D'autre part, nos chercheurs participent à diverses réunions de spécialistes et moi-même, j'ai participé à un certain nombre de réunions où j'ai pu rencontrer les sommités dans ce domaine, notamment le docteur Montagné de France et le docteur Gallo de Washington. Nous procédons ainsi à des échanges de renseignements.

[Texte]

again. I think it is the natural way that researchers interact, so the research component is here.

Similarly, from public health areas, people who are involved with public health meet together at their meetings and then discuss this aspect of it. Very often, these people will bring back reports and so on.

So I think it is a combining of all our experiences. We do not have a formal liaison, just as I think the researchers in the United States do not have that formal liaison, with a research body. Really, it is the individuals here who bring that expertise to it. An example, I guess, would be that several of the members here are members of the Canadian Infectious Disease Society, so they have liaison indirectly that way. They are not on this committee because of that, but they still can bring that expertise. On my own background in immunology, for instance, I can liaise with the immunology societies, and researchers in immunology.

M. Marin: Est-ce que vous partagez régulièrement les résultats de votre recherche avec les Américains et les Européens ou travaillez-vous isolément sur le même sujet?

• 1040

Dr. Gilmore: No, no. They very much share it. Obviously, I cannot speak for every researcher in Canada, but the ones that I am aware of here. Examples being, there was an international meeting on acquired immunodeficiency syndrome in Atlanta, sponsored by a variety of agencies in the United States, predominantly the Centers for Disease Control. This was held in Atlanta in April, this past year. I do know that individuals, for instance, from the group at St. Paul's Hospital in Vancouver, from the Institut Armand Frappier, from our group at the Royal Victoria Hospital, from the University of Toronto, from Dr. Tsoukas' group at the Montreal General Hospital, and from Dr. Wainberg's group. Each of these groups presented information, their scientific results, at this meeting.

Again, publications go through things like the *Canadian Medical Association Journal* here, or other journals in the United States or around the world, glance at various things like this, wherever they may be most suitable and appropriate to present the information. I think there has been an excellent interaction between the sort of international research community and the researchers in Canada. I think we have kept very much...

M. Marin: Étant donné que les fonds de recherche sont limités, ne croyez-vous pas qu'on devrait travailler de très près avec les chercheurs américains ou européens afin de minimiser les coûts?

Dr. Gilmore: No. I would not say not, for one important reason. I do not think it is necessarily the topic that the research is on but, rather, it is the researcher himself and the facilities they need that are very important. An example we are now confronting is the need for being able to isolate the virus that is responsible for this illness. There are times when we really need to be able to isolate that virus to see whether anti-virus drugs are any good. We cannot evaluate those in

[Traduction]

D'autre part, les spécialistes de la santé publique participent également à des réunions consacrées à cette question et ils nous font ensuite part de ce qui a été dit.

Il n'existe pas de contacts officiels avec les différents instituts de recherche. C'est aux chercheurs eux-mêmes de contribuer à la diffusion de leurs connaissances. Plusieurs de nos membres sont membres de la Société canadienne pour la lutte contre les maladies infectieuses, ce qui leur permet de nous faire part de leur point de vue sur la question. Étant donné ma formation d'immunologiste, je suis en mesure, par exemple, de m'occuper de la liaison avec les sociétés d'immunologie et les chercheurs dans ce domaine.

Mr. Marin: Do you regularly share the results of your research with American and European researchers or do you work in isolation on the same subject?

Dr Gilmore: Non, les résultats sont communiqués parmi les différents chercheurs. Évidemment je ne peux pas parler pour tous les chercheurs au Canada mais c'est le cas pour ceux que je connais ici. Par exemple, il y a eu une réunion internationale sur le syndrome de l'immunodéficience acquise à Atlanta sous l'égide de diverses institutions américaines, surtout les laboratoires de lutte contre les maladies. La réunion a eu lieu à Atlanta l'année dernière. Je sais qu'il y a eu la participation de membres du groupe de l'Hôpital St-Paul à Vancouver, de l'Institut Armand Frappier, de notre groupe au *Royal Victoria Hospital*, de l'Université de Toronto, du groupe du Dr Tsoukas de l'Hôpital Général de Montréal et du groupe du Dr Wainberg. Chacun de ces groupes a présenté une communication et les résultats scientifiques de ses études lors de cette rencontre.

On publie aussi des articles dans la revue de l'Association médicale canadienne ou des revues qui paraissent aux États-Unis ou ailleurs, ou bien dans les organes les plus appropriés. Je crois qu'il y a eu une excellente collaboration entre la communauté internationale et les chercheurs canadiens. À mon avis nous sommes restés très bien...

Mr. Marin: Since research funds are very limited, do you not think that we should work very closely with American or European researchers in order to keep costs to a minimum?

Dr Gilmore: Non, je ne le pense pas, pour une raison importante. À mon avis ce n'est pas forcément le sujet lui-même de la recherche qui est primordial mais plutôt le chercheur et les installations. Par exemple, nous devons maintenant isoler le virus qui cause cette maladie. À certains moments il est tout à fait essentiel d'isoler le virus afin de déterminer si des drogues pour lutter contre le virus sont efficaces. Il n'est pas possible d'en faire l'évaluation ici au

[Text]

Canada, really, without being able to isolate the virus. At the moment, we must rely on what is going on, say, elsewhere in the world. Then, to get the appropriate information available here in Canada, we are going to have to do it. Until a virus isolation facility is available, we cannot do that. We can do it to some extent, I should say, in that there are two research labs in Montreal—at the Institut Armand Frappier, and at the Jewish General Hospital under the aegis of Dr. Dupuy and Dr. Wainberg—that have limited facilities, because this grew up out of the research field.

When you need these facilities, particularly when you are dealing with a rapidly changing disease, I think you need that expertise in the background. You need those facilities to be able to go to. You need those brains that can implement things very quickly, and tell you whether this is the best way to go or not. I see the research funding as not so much, just simply, the new information we get, and the solutions to problems, which are important—I think this will be very important—but also, so that we have within our own sphere that real expertise that we can go to, to get the answers as we need them, the advice that we need, and to have those facilities available when we need them, and perhaps to develop and deploy new tests and new facilities. For instance, we have to be able to grow the virus for certain kinds of testing. This has to be put in place. It takes time. It takes money, and I think our researchers will be able to do that.

Mr. Marin: Thank you.

The Chairman: If the Chair could be indulged for a couple of questions, it would be very much appreciated. Might I ask about the polls you conducted, as to the public perception and knowledge of the disease?

Dr. Gilmore: Yes.

The Chairman: In general terms, what were the results of those polls?

Dr. Gilmore: I do not have the information directly in front of me, so I cannot answer those directly. My understanding of it would be that the public would like to have more information made available to it to understand things. I think one of the areas of concern has been who is liable to get the illness, or who is liable to become infected with the virus. I do not have further information on it at the moment, but that would be my perception. One of the ways that we addressed this was to produce a pamphlet, which is known as *AIDS in Canada: What You Should Know*. This was disseminated quite widely across Canada, and I think it was really quite successful, and I think it was quite well appreciated. In an attempt to evaluate this, one of the polls was done. Beforehand, we knew there was need for more information along those lines, and most of the information we put into that, which would be: who is at risk; how to avoid risk; or how to minimize risk if one is at risk, particularly relating to the sexual aspects of the transmission of this infection; the problems relating to blood donations; and various information like this, came out of these polls; that there was more information needed.

[Translation]

Canada sans pouvoir isoler le virus. À présent nous devons faire confiance aux expériences qui se déroulent ailleurs dans le monde. Mais pour obtenir les renseignements nécessaires au Canada, à un certain moment nous devons faire l'évaluation nous-mêmes. Mais ce ne sera pas possible avant d'avoir les installations. Nous avons certaines possibilités limitées, il y a deux laboratoires de recherche à Montréal, celui de l'Institut Armand Frappier et celui du *Jewish General Hospital* sous la direction du Dr Dupuy et du Dr Wainberg, qui ont des installations restreintes créées grâce à leurs activités de recherche.

Quand on a affaire à une maladie en évolution constante, j'estime qu'il est important d'avoir des installations. Il faut pouvoir consulter les spécialistes capables d'exécuter des projets rapidement et de donner leur avis sur la meilleure façon de procéder. J'estime que le financement de la recherche ne vise pas uniquement l'acquisition d'informations et de solutions, c'est évidemment des aspects importants, mais aussi la création d'un groupe de spécialistes en mesure de répondre à nos questions quand le besoin s'en fait sentir; il faut aussi pouvoir utiliser les installations nécessaires et mettre au point, le cas échéant, de nouveaux essais et de nouveau matériel. Par exemple, il est nécessaire de faire la culture du virus pour certaines sortes d'essais. Cela implique une certaine organisation, il faut du temps et de l'argent et je pense que nos chercheurs seront capables de mener cette tâche à bien.

M. Marin: Je vous remercie.

Le président: Si vous voulez bien permettre quelques questions au président, ce serait très apprécié. Pourrais-je vous poser une question au sujet des sondages que vous avez effectués concernant la perception de cette maladie de la part du public et ses connaissances?

Dr Gilmore: Oui.

Le président: De façon générale, quels ont été les résultats de ces enquêtes?

Dr Gilmore: Je n'ai pas les renseignements devant moi, je ne peux donc pas vous donner une réponse directe. J'ai l'impression que le public voudrait disposer de davantage de renseignements pour mieux comprendre le phénomène. Une des préoccupations principales semble être la vulnérabilité à cette infection ou la probabilité d'attraper le virus. Je ne peux pas en dire davantage pour le moment mais c'est l'impression que j'ai reçue. Nous avons essayé de répondre à ces soucis en rédigeant un livret intitulé «Le SIDA au Canada: ce qu'il faut savoir». Il a été largement diffusé au Canada et je pense qu'il a été fort bien reçu. Une des enquêtes a été faite pour évaluer cette publication. Nous savions que nous avions besoin de plus de renseignements de ce genre, notamment qui sont les personnes à risque, comment éviter le risque et comment le minimiser pour les personnes à risque, étant donné qu'il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible; il y a également les données concernant les dons de sang.

[Texte]

• 1045

The Chairman: You raised the subject of embalmers and morticians having certain fears. A previous witness said the same with respect to Toronto and indicated that only one funeral director in Toronto would handle a death from AIDS. Does that situation prevail in Montreal as well?

Dr. Gilmore: I cannot provide you with accurate information. We just do not have the manpower to provide you with that information at the moment. It is just that my understanding has been that. I think it was *Maclean's* magazine reviewed some of the aspects of AIDS in Canada. I believe they interviewed one of the funeral directors in Montreal who said that they will only have closed casket funerals. But I cannot be held to be accurate on that. It would just be a potential area where you might find information.

The Chairman: Finally, a couple of my colleagues have brought up the subject of funding. I can appreciate your reluctance to give specific figures, but maybe you can appreciate what I think is the dilemma we are in. I doubt very much if the Minister or his officials will be anxious to tell us about all the moneys that could be spent on different aspects of this total problem you have so clearly put to us. Budgets being as they are, fairly tight, there has to be a limitation. Somewhere we should be able to find out, as legislators, those things that could be done and how much they will cost, so that we would be in a position to question the Minister and his officials why they have not, or why they are spending money in that particular area, and why they are failing to spend it in some other area. And if we cannot get that from you people, the NAC on AIDS, I do not know where we are going to get it. Maybe you want to talk to us at an in camera meeting. I would not see any particular problem with that, but somehow this committee has to know those figures, and I do not think we are going to get them from the ministry.

Dr. Gilmore: I cannot honestly tell you, sir, because I am not in government, so I do not really know fully how the government works. I am more aware of the AIDS problem. I am not trying to not answer.

The Chairman: I am not asking for it today, really, although I think before . . . , we want to know that.

Dr. Gilmore: Perhaps I could ask for the opportunity to go back and discuss where those discussions are presently in government. I will provide you with as much information as I can, with potential areas where moneys might be spent and what those moneys might cost. Would that be suitable to you if I could get back to you with that information?

The Chairman: That seems to me to be something we need. My colleagues might have some other comments.

Mr. Redway.

Mr. Redway: I certainly agree with you, Mr. Chairman. I think it would be helpful if Dr. Gilmore could outline the various increments. He has referred to certain incremental steps, and if we knew what was in each increment, as far as the priorities he and the NAC group felt were important, when we

[Traduction]

Le président: Vous disiez que le personnel des pompes funèbres était maintenant très inquiets. D'autres témoins ont dit la même chose en ce qui concerne Toronto où une seule entreprise de pompes funèbres accepte les corps de malades morts du SIDA. Est-ce qu'il en va de même à Montréal?

Dr Gilmore: Je ne pourrais pas vous donner de données exactes à ce sujet. La revue *Maclean's* a publié un article sur le SIDA au Canada. Ils ont interviewé un directeur de pompes funèbres à Montréal qui leur a dit que pour les personnes mortes du SIDA, il exige que les cercueils soient fermés lors de l'enterrement. Mais je n'ai pas de données plus précises à ce sujet.

Le président: Plusieurs de mes collègues ont soulevé la question des crédits. Je comprends que vous hésitez à avancer des chiffres précis, mais pour nous aussi c'est un problème. Ce n'est certainement pas le ministre et ses officiels qui offriront spontanément de débloquer les crédits pour les différents aspects de ce problème, étant donné les actuelles contraintes budgétaires. Il va donc falloir que nous trouvions ce qui doit être fait en priorité et combien cela coûtera, de façon à ce que nous soyons à même de critiquer en connaissance de cause la façon dont l'argent a été dépensé jusqu'à présent. Or si le comité consultatif national sur le SIDA ne nous donne pas ces renseignements, je ne vois vraiment pas où nous pourrions les obtenir. Peut-être préféreriez-vous nous en parler à huis clos, ce qui ne devrait poser aucun problème, car ce n'est certainement pas le ministre qui nous donnera les chiffres nécessaires.

Dr Gilmore: Je ne sais pas quoi vous dire car j'ignore tout du fonctionnement du gouvernement. N'allez surtout pas croire que je cherche à me dérober.

Le président: Nous devrions quand même obtenir ces chiffres, même si ce n'est pas nécessairement aujourd'hui.

Dr Gilmore: Je vais essayer d'obtenir des chiffres plus précis sur les crédits qu'il faudrait débloquer et les objectifs auxquels ils devraient être attribués. Est-ce que cela vous irait?

Le président: Ce serait parfait.

Monsieur Redway.

M. Redway: Je suis tout à fait d'accord avec ce que le président vient de dire. Ce serait certainement utile si le Dr Gilmore pouvait nous dire combien d'argent il faudra pour la lutte contre le SIDA d'après le comité consultatif national, de façon à ce que nous ayons des chiffres à opposer au ministre.

[Text]

had something put to us by the department, we would be able to test that against what his recommendations would be.

Dr. Gilmore: I could try to provide that for you.

Again, we have really wanted to give advice to the government and the government then utilizing its resources to decide what it should do, so we have not really sat there saying that we are spending the money or telling the government they have to spend specific amounts.

Mr. Redway: But there must be certain things you feel are more important than others.

Dr. Gilmore: Yes, exactly.

One of the points I tried to bring out today is that in my perception of this illness, one has to be rather, shall I say, cautious or careful in making statements that can get misinterpreted easily. I would hate to come out saying that you need \$2.37 million for this, because suddenly if it is \$2.27 million, people will say that is inadequate, and if it is \$2.47 million, it is excessive, when I am really in a position not to make even those estimates, if you understand. So any numbers I would give, I would prefer to make sure they would not be misperceived or misconstrued.

Mr. Redway: I think it is even more important rather than the numbers to know what particular programs you think are important. They may be costly; they may not be costly, but at least we would know where your priorities are.

Dr. Gilmore: I think I could provide those to you. I thought this would provide you with the background information and the reasonable thinking processes as we see them. I was not aware that you wanted quite such specific information today. Certainly I can try to get back to you quickly with that, if you would like.

Mr. Redway: I would like to go on with one other area of questioning, and that ties into your own organization.

• 1050

I understand from our researcher that NAC-AIDS was created in 1983, it was funded for three years at \$1.4 million, and the funding expires in August of next year. Do you see your role disappearing? Have you done your job? For instance, you are suggesting that there be a centre like the LCDC to take over or to be the focus of activities. If there was such a centre, would it in effect replace NAC-AIDS or do you see a role for NAC-AIDS continuing? If so, what should it be?

Dr. Gilmore: The principle of advisory committees is not new within the Laboratory Centre for Disease Control. For instance, one of the others which I am familiar with is the National Advisory Committee on Immunizations. It helps the Health Protection Branch establish what would be policy or guidelines or recommendations relating to immunizing of children, adults and so on.

I could see the National Advisory Committee on AIDS equally being a very important resource to government. I do not think it will diminish, though I think some of the pressures on it... as other parts of government take over some of the work that has been necessary. I know myself, in doing a lot of

[Translation]

Dr Gilmore: Je vais essayer de vous fournir ces chiffres.

Notre rôle est purement consultatif car c'est au gouvernement de décider de l'affectation des crédits.

M. Redway: Mais certaines choses sont quand même plus importantes que d'autres.

Dr Gilmore: Certainement.

Il faut surtout se garder de faire des déclarations qui risquent d'être mal interprétées. Ainsi j'hésite à vous citer tel ou tel chiffre car je ne suis vraiment pas à même de vous donner des chiffres valables qui risquent en outre d'être mal interprétés. C'est la raison pour laquelle je préfère ne pas avancer de chiffres.

M. Redway: Ce qui est encore plus important que les chiffres c'est les programmes eux-mêmes. Quel qu'en soit le coût, l'essentiel est de savoir lesquels de ces programmes sont les plus importants.

Dr Gilmore: Là il n'y a pas de problème. J'ai essayé de brosser un aperçu général de la situation car je ne savais pas qu'il vous fallait des données plus précises. Mais je puis vous les faire parvenir d'ici quelques jours.

M. Redway: Je voudrais maintenant vous poser quelques questions concernant votre organisation.

Le Conseil consultatif sur le SIDA, créé en 1983, a obtenu 1,4 million de dollars au cours de ces trois ans, ces crédits venant à expiration au mois d'août prochain. À votre avis, le conseil devrait-il continuer à fonctionner ou bien sa tâche devrait-elle être reprise par le LLCM?

Dr Gilmore: Ce n'est pas la première fois qu'un comité consultatif a été créé au sein du LLCM. Ainsi, il y a eu le comité consultatif national sur l'immunologie qui conseille la direction de la protection de la santé sur toutes les questions portant sur l'immunisation des enfants et des adultes.

Le Comité consultatif sur le SIDA pourrait continuer à jouer un rôle utile auprès du gouvernement, même si certaines de ses activités sont reprises par le gouvernement. Moi-même, dans mes travaux consacrés au SIDA, j'ai parfois dépassé le champ de mes attributions, certaines questions relevant en

[Texte]

work relating to AIDS, probably I have overstepped the mandate in a sense, in being able to answer questions and to provide information and background and so on. This really should have gone through the Minister and back down again, as it were. It was just simply because of the response time that it is sometimes necessary when questions develop, like the one about the school system. The centre really blew up, because there was really a major concern. We had to provide the information and get it out quickly.

I can see having some kind of resources areas. This will be dealt with more and more. Our role will become much more advisory in the sense of being able to review things and to provide real advice to government. The government will then have, as it were, the action component to really deliver whatever would be appropriate. I think our role would remain. However, some of the pressures and instant demands may grow less.

The Chairman: Dr. Gilmore, I have had a problem brought to me by a practising physician in Vancouver who is treating AIDS patients. The difficulty is that they are not able to get authority to use some of these new trial drugs without delays for as long as 11 months until a protocol is set up. The patients cannot tolerate this kind of wait, obviously, psychologically. Is your NAC-AIDS taking any action to give . . .

Dr. Gilmore: Yes..

The Chairman: —almost instant release of drugs . . .

Dr. Gilmore: Yes. I might be able to address this fairly clearly. At present, there are letters of compliance for protocols that have been approved, in other words, by the Health Protection Branch for two drugs in Canada. One of them is called foscarnet and the other one is called suramin. There are now protocols developed. It took us a long time to get them developed, for a variety of reasons. But they are now available.

The problem with it has been that, in order to find out whether these drugs really are effective or are working well, one needs to isolate the virus. We do not have those facilities in place at the moment. They are trying to be developed rapidly. I know that, for instance, on the west coast, they are looking at ways within a provincial area that a virus legislation bill could be set up.

We are looking at the same thing now in Ottawa to provide those facilities. We also have some facilities in Montreal that are currently available and we are going to try to get those on line quickly. The point, I think, is that the National Advisory Committee on AIDS has tried to get involved. One way is by trying to facilitate the evaluation of these drugs. We have had a task force that has met already on this with people from the Health Protection Branch to try to see ways we could facilitate the evaluation and to expedite the implementation of these drugs across Canada to see if they are useful.

Underlying it all was our conviction, which was shared by the Health Protection Branch, that we have to have information on the efficacy and safety of these drugs. To get it, we really require protocols.

[Traduction]

principe du ministre. Mais lorsque se pose une question urgente comme celle concernant les écoles, nous avons décidé d'agir vite.

Notre comité se tiendra au courant de l'évolution de la situation et pourra ainsi conseiller le gouvernement qui sera mieux à même de prendre des décisions fondées. Nous continuerons donc à avoir une tâche à accomplir, même si ce ne sera pas tellement urgent.

Le président: Un médecin de Vancouver qui soigne des malades atteints du SIDA m'a expliqué qu'il n'arrive pas à obtenir l'autorisation d'utiliser des médicaments expérimentaux et qu'on le fait parfois attendre jusqu'à 11 mois, ce qui est très dur à accepter pour les malades. Est-ce que le comité consultatif a essayé d'obtenir . . .

Dr Gilmore: Oui.

Le président: . . . que l'utilisation de ces produits soit autorisée immédiatement.

Dr Gilmore: La direction de la protection de la santé au Canada a approuvé l'utilisation de deux produits, le foscarnet et la suramine. L'élaboration des protocoles d'homologation a pris pas mal de temps, mais ils sont maintenant prêts.

Pour savoir si ces produits agissent sur la maladie, il fallait auparavant isoler le virus. Or, nous n'avons pas encore les installations nécessaires. Sur la côte Ouest, il est justement question d'adopter une loi sur l'isolation du virus dans la province.

Il est question d'ouvrir un laboratoire à Ottawa. Il existe par ailleurs des laboratoires à Montréal qui devraient commencer à fonctionner très prochainement. Toujours est-il que le comité consultatif cherche à faciliter l'examen de ces médicaments et nous avons déjà mis sur pied un groupe de travail qui se réunit périodiquement avec les responsables de la direction de la protection de la santé afin de décider le plus rapidement possible si oui ou non ces produits sont utiles et peuvent être utilisés au Canada.

Il s'agit avant tout de s'assurer que ces produits sont efficaces et sûrs, ce qui exige des protocoles d'homologation.

[Text]

We now have the protocols approved and we are really basically waiting to start using these drugs. The thing we are waiting for now is the virus isolation facilities. This reflects back on the question about the funding for research. I think if we had had more funding available in this respect, we might have had those virus facilities available. Or if we had been able to identify this as becoming a more important aspect of it six months or a year ago, we might have those facilities in place. They are trying to get them put in place as quickly as possible.

The Chairman: Finally, if I may ask, do you as chairman of NAC-AIDS have any restrictions placed on you by the Minister as to what you can talk to us about? Or is the information...

• 1055

Dr. Gilmore: No, I do not...

The Chairman: Does that limit you in expressing your frank views to this committee at some future date, if...?

Dr. Gilmore: No, I think I could certainly say that I have never been restricted in any way that way. I think it is the common courtesy, which is that if we make advice to someone then obviously they have to have an opportunity to hear the advice and to respond to it before we go telling other people about what advice we are giving someone, and I have always tried to follow that aspect of it. But I certainly can take that hat off, if it is of any help to you, and say I am a researcher as well and a clinician who has some expertise and I am glad, apart from that case, to answer the questions.

The Chairman: Very good.

Dr. Marin:

M. Marin: Docteur, croyez-vous que votre comité est encore nécessaire, étant donné qu'au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, il y a déjà un organisme qui se préoccupe beaucoup de cette maladie?

Dr. Gilmore: I am not sure what agency that might be, sir. I do not know what agency might be

The Chairman: Do you mean the Laboratory Centre for Disease Control?

Dr. Gilmore: No, I think the Laboratory Centre for Disease Control needs expertise to back it up and help it at times, particularly in these rather controversial aspects of the disease and its rapidly expanding areas. I think we bring information from across the country and from various diverse areas, whether it be immunology, virology, public health, surveillance, epidemiology and so on. We do bring a group of people together who can provide the government with some real expertise.

I think it has been useful. I think it will continue to be very useful. Even though the Laboratory Centre for Disease Control is addressing some aspects, I think they would probably recognize that they do not know everything about the illness and need a lot of help from outside, and I think we are one of those sources of help, just as our liaison with, say, the Center for Disease Control in Atlanta or National Institutes of

[Translation]

Or, ces protocoles ont maintenant été approuvés et on devrait pouvoir en principe commencer à utiliser ces produits. Mais nous attendons toujours les installations pour l'isolation du virus, ce qui me ramène à la question des crédits pour la recherche. Si nous avions eu des crédits, on aurait peut-être déjà eu ces installations. Il y a six mois ou un an, nous ne savions pas que cet aspect du problème deviendrait tellement important. Maintenant, nous essayons d'agir aussi rapidement que possible.

Le président: Est-ce que le ministre vous a imposé des restrictions quant aux questions que vous pouvez aborder avec nous?

Dr Gilmore: Non, je ne...

Le président: Cela vous entraverait-il dans l'expression franche de vos opinions à ce Comité à une date ultérieure si...?

Dr Gilmore: Non, je pense que cela ne m'a jamais empêché de m'exprimer. Je pense que c'est simplement une question de politesse, si nous donnons des conseils à quelqu'un, il faudrait que la personne ait la possibilité d'y donner suite avant d'en parler à d'autres. Quoi qu'il en soit, je peux vous dire que je suis aussi chercheur et clinicien avec certaines connaissances spécialisées et à cette exception près, je serais heureux de répondre aux questions.

Le président: Très bien.

Monsieur Marin?

Mr. Marin: Doctor, do you think that your committee is still necessary since the Department of National Health and Welfare already has a group that is concerned with this disease?

Dr Gilmore: Je ne suis pas sûr de quel organisme vous parlez, monsieur. Je ne sais pas quel groupe se penche sur...

Le président: Voulez-vous dire le Laboratoire de lutte contre les maladies?

Dr Gilmore: Non, j'estime que le Laboratoire de lutte contre les maladies a besoin de connaissances spécialisées, surtout pour ce qui est de certains aspects controversés de la maladie et les domaines où elle évolue rapidement. Nous rassemblons des informations de partout au Canada et de divers domaines, comme l'immunologie, la virologie, l'hygiène publique, le contrôle, l'épidémiologie et ainsi de suite. Nous regroupons des personnes capables de faire profiter le gouvernement de leurs connaissances spécialisées.

Je pense que cela a été fort utile et continuera de l'être. Même si le Laboratoire de lutte contre les maladies examine certains aspects, les responsables reconnaîtraient sans doute qu'ils sont loin de tout savoir de cette maladie et qu'ils ont besoin de beaucoup d'aide de l'extérieur, que ce soit le *Center for Disease Control* à Atlanta ou les Instituts nationaux de la santé... Je devrais mentionner en passant que ceux-ci nous

[Texte]

Health... which, by the way, I should mention has been extremely helpful to the government. People in Dr. Gallo's lab and so on have provided us with, for instance, virus to develop antibody tests here, probably hundreds of thousands of dollars' worth of virus that they are just providing to us because we are capable of using it and doing good work and collaborating with them in this.

M. Marin: Je crois, docteur, que c'est le propos de tout centre de recherche que de ne pas tout savoir. Autrement, on ne ferait pas de recherche. Si on devait garder votre comité consultatif, suggèreriez-vous des changements ou des adaptations?

Dr. Gilmore: Yes, I think there might be some, depending upon what would be done within government to provide, as it were, manpower and facilities to deal with this problem. I think if prevention campaigns are put together, say, at the federal level, if more surveillance is done at the federal level, and so on, more research efforts in the periphery... We may want to change slightly the composition of the committee to reflect, say, some of the social issues and so on perhaps. We may want to change it and perhaps have it meet more frequently, things like this.

I think I would have to say that at the moment it is functioning, trying to deal with a rapidly changing business between its meetings. It has been very difficult. If we saw a program being put together, I think then we could define exactly where it might be more useful, and I think it would be dependent upon what program is put together.

The Chairman: Thank you, Dr. Marin.

Dr. Gilmore, on behalf of the committee, if I may offer our appreciation, thanks to you for the very excellent testimony you have given us this morning, and I hope that you will understand if we come back to you again in the future. We might very well want to get more help from you.

Dr. Gilmore: Do you want me to provide you with that more specific information about potential programs and potential costs of the...?

The Chairman: I think the committee is very anxious to get that kind of information. That is the basic stuff that we do not have access to, really, and I think that would be very useful, if you do not mind doing that.

Dr. Gilmore: Certainly. Fine.

The Chairman: We have at the moment no definite plans for other witnesses until we know where we stand in the new year with respect to the committee system and the striking committee as to whether or not they are going to have us back on this committee or not. So until then we will have just to adjourn now and plan to have further hearings in the new year at some appropriate time.

Thank you very much.

Dr. Gilmore: Thank you.

The Chairman: This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

ont été très utiles. Le laboratoire du D^r Gallo nous a donné pour des centaines de milliers de dollars de virus pour mettre au point des essais anticorps parce qu'on sait que nous pouvons faire un bon travail.

Mr. Marin: I think, Doctor, that it is quite normal for a research centre not to know everything. Otherwise, there would be no need for research. If we were to keep your advisory committee, do you have any changes or adjustments to suggest?

Dr Gilmore: Oui. Il pourrait y en avoir certains, selon les ressources affectées par les pouvoirs publics pour faire face à ce problème. Si on lance des campagnes de prévention au niveau fédéral, s'il y a davantage de contrôle au niveau fédéral et davantage de recherche à d'autres niveaux... Nous voudrions peut-être modifier légèrement la composition du Comité pour tenir compte de certains aspects sociaux et caetera. On pourrait aussi décider d'avoir des réunions plus fréquentes et des choses de ce genre.

Je dois dire qu'il fonctionne pour le moment et essaie de faire face à l'évolution très rapide qui intervient entre les réunions. Cela a été fort difficile. Si un programme d'ensemble était proposé, nous pourrions définir de façon plus exacte un rôle utile pour notre groupe mais cela dépendra de ce qui est envisagé.

Le président: Je vous remercie, monsieur Marin.

Monsieur Gilmore, je voudrais vous remercier de votre précieuse collaboration ce matin. J'espère que nous pourrions compter sur vous à l'avenir, si nous avons besoin de vos lumières.

Dr Gilmore: Voulez-vous que je vous donne les renseignements précis au sujet de programmes éventuels ainsi que des coûts des...?

Le président: Ces renseignements intéressent beaucoup le Comité. Ce sont des données fondamentales que nous n'avons pas reçues jusqu'ici et je pense qu'elles nous seraient fort utiles, si vous voulez bien faire ce travail.

Dr Gilmore: Certainement.

Le président: Nous n'avons pas de projets précis concernant le choix d'autres témoins puisque nous ne savons pas encore quel sera l'avenir de ce Comité et qui en seront les membres. En attendant, nous allons lever la séance et nous aurons des réunions au cours du nouvel an en temps voulu.

Je vous remercie beaucoup.

Dr Gilmore: Merci.

Le président: La séance est levée jusqu'à nouvel ordre.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS—TÉMOIN

From the Royal Victoria Hospital (Montreal):

Dr. Norbert Gilmore, Chairman, National Advisory
Committee on AIDS.

De l'hôpital Royal Victoria (Montréal):

Dr. Norbert Gilmore, président du Comité consultatif
national sur le SIDA.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 29

Thursday, January 30, 1986
Thursday, February 6, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 29

Le jeudi 30 janvier 1986
Le jeudi 6 février 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Election of a Chairman and a Vice-Chairman pursuant
to Standing Order 70(3); and

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Élection d'un président et d'un vice-président
conformément à l'article 70(3) du Règlement; et

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85-86

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985-1986

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles Hamelin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Anne Blouin
Pauline Browes
Leo Duguay
Douglas Frith
John Gormley
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Gus Mitges
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles Hamelin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Sheila Copps
Vincent Dantzer
Édouard Desrosiers
Ernest Epp
Tom Hockin
W.R. Bud Jardine
Jean-Luc Joncas
Bill Lesick
Moe Mantha
Charles-Eugène Marin
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Friday, January 24, 1986

ORDERED,—That the following Members do compose the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs:

Members	Alternates
Bertrand	Brisco
Blouin	Copps
Browes	Dantzer
Duguay	Desrosiers
Frith	Epp (Thunder Bay—Nipigon)
Gormley	Hockin
Halliday	Jardine
Hamelin	Joncas
Malépart	Lesick
McCrossan	Mantha
Mitchell	Marin
Mitges	Orlikow
Turner (Ottawa—Carleton)	Pépin
White	Redway
Young—(15)	Reid—(15)

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Le vendredi 24 janvier 1986

IL EST ORDONNÉ,—Que le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales soit composé des députés dont les noms suivent:

Membres	Substituts
Bertrand	Brisco
Blouin	Copps
Browes	Dantzer
Duguay	Desrosiers
Frith	Epp (Thunder Bay—Nipigon)
Gormley	Hockin
Halliday	Jardine
Hamelin	Joncas
Malépart	Lesick
McCrossan	Mantha
Mitchell	Marin
Mitges	Orlikow
Turner (Ottawa—Carleton)	Pépin
White	Redway
Young—(15)	Reid—(15)

ATTESTÉ

pour Le Greffier de la Chambre des Communes

MICHAEL B. KIRBY

for The Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JANUARY 30, 1986
(34)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 6:09 o'clock p.m., this day, for the purpose of organization.

Members of the Committee present: Pauline Browes, Bruce Halliday, Charles Hamelin and Neil Young.

Alternates present: Sheila Copps, Bill Lesick, Alan Redway and Joe Reid.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

The Clerk presided over the election of the Chairman.

On motion of Neil Young, seconded by Alan Redway, it was agreed,—That Bruce Halliday be elected Chairman of the Committee.

On motion of Pauline Browes, seconded by Alan Redway, it was agreed,—That Charles Hamelin be elected Vice-Chairman of the Committee.

At 6:12 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, FEBRUARY 6, 1986
(35)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:41 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Bruce Halliday, Charles Hamelin and Neil Young.

Alternate present: Alan Redway.

Witness: From the Science Council of Canada: Dr. Stuart Smith, Chairman.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985 in relation to the report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*), in relation to the Committee's study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).

Dr. Smith made a statement and answered questions.

At 4:31 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 30 JANVIER 1986
(34)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales tient, ce jour à 18 h 09, sa séance d'organisation.

Membres du Comité présents: Pauline Browes, Bruce Halliday, Charles Hamelin, Neil Young.

Substituts présents: Sheila Copps, Bill Lesick, Alan Redway, Joe Reid.

Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Le greffier préside l'élection du président.

Sur motion de Neil Young, appuyé par Alan Redway, il est convenu,—Que Bruce Halliday assume la présidence du Comité.

Sur motion de Pauline Browes, appuyée par Alan Redway, il est convenu,—Que Charles Hamelin assume la vice-présidence du Comité.

A 18 h 12, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 6 FÉVRIER 1986
(35)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 41, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, Bruce Halliday, Charles Hamelin, Neil Young.

Substitut présent: Alan Redway.

Témoin: Du Conseil des sciences du Canada: Dr. Stuart Smith, président.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier clos le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier clos le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*), en ce qui concerne l'étude du Comité sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Le Dr. Smith fait une déclaration et répond aux questions.

A 16 h 31, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, January 30, 1986

• 1811

The Clerk of the Committee: Hon. members, since there is a quorum present, your first item of business is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

Mr. Young: I nominate Dr. Halliday.

The Clerk: It has been moved by Mr. Neil Young and seconded by Mr. Redway that Bruce Halliday do take the Chair as chairman of this committee.

Motion agreed to

Ms Copps: Unanimously. It is the only unanimous motion you will ever have.

The Clerk: I declare Bruce Halliday duly elected chairman of this committee.

The Chairman: Thank you. Ladies and gentlemen, if I may, I want to thank you for giving me this very pleasant task, and I hope I will not let you down in keeping control of the committee as we move along.

It looks as though the next order of business would be the election of a vice-chairman. Do we have any nominations?

Mrs. Browes: Yes, I would like to nominate Charles Hamelin.

Mr. Redway: I second the motion.

Motion agreed to

The Chairman: I declare Mr. Hamelin elected as vice-chairman.

Félicitations.

M. Hamelin: Certainement.

The Chairman: Unless there is more business before the committee, I will declare this meeting adjourned to the call of the Chair. Thank you very much.

Thursday, February 6, 1986

• 1541

The Chairman: Ladies and gentlemen, I see a quorum.

The *Order of the Day* is to resume consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare, for the fiscal year ending March 31, 1984, and the Medical Research Council of Canada, for the fiscal year ending March 31, 1985.

Our witness today is Dr. Stuart Smith, Chairman of the Science Council of Canada. Dr. Smith will be no stranger to most of us here. We have had the pleasure of his appearing

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 30 janvier 1986

Le greffier du Comité: Étant donné que nous avons le quorum, nous pouvons passer à la première question à l'ordre du jour, l'élection d'un président. Je suis prêt à accepter des motions à cet effet.

M. Young: Je propose la candidature de M. Halliday.

Le greffier: M. Neil Young propose, appuyé par M. Redway, que M. Bruce Halliday soit nommé président de ce Comité.

La motion est adoptée

Mme Copps: À l'unanimité. Ce sera la seule motion qui sera adoptée à l'unanimité.

Le greffier: Je déclare M. Bruce Halliday dûment élu président de ce Comité.

Le président: Je vous remercie. Mesdames et messieurs, permettez-moi tout d'abord de vous remercier de m'accorder cette tâche très agréable; j'espère ne pas vous décevoir et mener à bien les travaux du Comité.

Il semble que la prochaine question à l'ordre du jour soit l'élection du vice-président. Y a-t-il des candidatures?

Mme Browes: Oui, je propose la candidature de M. Charles Hamelin.

M. Redway: J'appuie la motion.

La motion est adoptée

Le président: Je déclare M. Hamelin élu vice-président du Comité.

Congratulations.

Mr. Hamelin: Certainly.

Le président: À moins qu'il n'y ait d'autres questions à régler, je déclare la séance levée. Je vous remercie beaucoup.

Le jeudi 6 février 1986

Le président: Mesdames et messieurs, nous avons le quorum.

Conformément à notre ordre du jour, nous reprenons l'étude de l'ordre de renvoi du Comité concernant les rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984 et du Conseil de recherches médicales pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985.

Nous accueillons aujourd'hui le docteur Stewart Smith, président du Conseil des sciences du Canada. La plupart d'entre nous connaissent déjà le docteur Smith. Nous avons eu

[Text]

before this and other committees many times in the past. We are indeed pleased, Dr. Smith, inasmuch as we are dealing with this interesting subject of AIDS, that you have seen fit to come before us, not only because of your present position as Chairman of the Science Council of Canada but also because of your background, I think, in the medical field, and psychiatry in particular. Maybe you can call upon those experiences to give us any advice that might be pertinent with respect to the subject of AIDS.

An hon. member: What about politics?

The Chairman: We did not mention politics. But we are glad to have a representative from the Liberal party here in the person of Dr. Smith.

Dr. Smith, we are delighted to have you here and will be glad to have your presentation. I am sure that some of the members will wish to ask you some questions.

Dr. Stuart Smith (Chairman, Science Council of Canada): Thank you, Mr. Chairman.

I am delighted to be here at the request of the committee. I am especially happy, since this is an occasion which I need not criticize anyone in government or elsewhere, but only to be purely helpful to the extent that it is possible for the Science Council to do so.

I read the minutes of this committee, wherein Dr. Phil Gold, a good friend of mine, was giving testimony, and excellent testimony it was. He made the suggestion that if public awareness and the consideration of certain broader issues became an important feature in the committee's report regarding AIDS, then it was his opinion that the Science Council of Canada had certain experience in these fields that could be shared with the members.

I am happy to do this. Let me hasten to say that we do not profess to be experts on the subject of AIDS—not at all. I thought about six months, when I started to read some material that sounded very panicky to me, the Science Council of Canada might wish to do a things were as bad as these rather alarmist articles were suggesting. If they were, obviously, the government would have to take rapid action. If they were not, then action was required to calm the population before such alarmism became rampant.

In preparing for that I took it upon myself to visit with the members of the Advisory Committee on AIDS, and particularly Dr. Gilmore and his colleagues. I visited with Dr. Gold and talked with a number of other experts on the subject, including some who are members of the Science Council of Canada.

We took up the issue at our meeting in December and I wrote to Dr. Gilmore, following that meeting, to say that the members of the Science Council of Canada decided that we did not need to do a study or issue a statement on the subject of AIDS. Instead, the unanimous opinion was that we should

[Translation]

le plaisir de l'entendre témoigner devant ce Comité et devant d'autres comités à maintes reprises par le passé. Comme nous étudions le SIDA, docteur Smith, nous sommes très heureux que vous ayez jugé bon d'accepter notre invitation à comparaître non seulement en raison de votre position actuelle en tant que président du Conseil des sciences du Canada mais aussi en raison de vos antécédents dans le domaine médical, particulièrement en psychiatrie. Vous pourrez peut-être puiser dans cette riche expérience pour nous donner des conseils pertinents en ce qui concerne le SIDA.

Une voix: Et en politique?

Le président: Nous n'avons pas parlé de politique. Nous nous réjouissons d'avoir parmi nous aujourd'hui un représentant du Parti libéral en la personne du docteur Smith.

Docteur Smith, nous sommes très heureux de vous accueillir et d'entendre votre exposé. Je sais que certains députés voudront vous poser quelques questions.

Dr Stuart Smith (président, Conseil des sciences du Canada): Merci, monsieur le président.

Je suis enchanté d'être ici aujourd'hui à la demande du Comité. Je le suis d'autant plus que je n'aurai pas à critiquer qui que ce soit au gouvernement ou ailleurs et que je pourrai me rendre utile au Comité dans la mesure où le Conseil des sciences peut le faire.

J'ai lu le compte rendu de la séance du Comité pendant laquelle le docteur Phil Gold, un de mes bons amis, a fait un excellent exposé. Il a dit que si la sensibilisation de la population et l'examen de questions de plus grande portée devenaient un élément important du rapport du Comité sur le SIDA, il était d'avis que le Conseil des sciences du Canada aurait une certaine expérience à cet égard à partager avec les membres du Comité.

Je suis heureux de le faire. Je m'empresse de préciser que nous ne prétendons pas être des experts en matière de SIDA, pas du tout. Il y a six mois environ, quand j'ai commencé à lire certains documents qui me semblaient empreints de panique, je me suis dit que le Conseil des sciences du Canada pourrait songer à faire des études sur le SIDA pour déterminer si les perspectives étaient aussi mauvaises que le donnaient à entendre certains de ces articles alarmistes. Le cas échéant, il faudrait évidemment que le gouvernement intervienne rapidement. Si ce n'était pas le cas, il fallait tout autant agir pour calmer la population avant qu'un tel alarmisme ne se généralise.

En guise de préparation, j'ai pris l'initiative de rencontrer les membres du Comité consultatif du SIDA et plus particulièrement le docteur Gilmore et ses collègues. J'ai rencontré le docteur Gold et j'ai parlé à un certain nombre d'autres experts de la question, dont certains sont membres du Conseil des sciences du Canada.

Nous avons examiné cette question lors de notre rencontre au mois de décembre et j'ai ensuite écrit au docteur Gilmore pour lui faire savoir que les membres du Conseil des sciences du Canada avaient décidé qu'il n'était pas nécessaire d'effectuer une étude ou d'émettre un communiqué sur le SIDA. Les

[Texte]

co-operate with the Advisory Committee on AIDS in every way possible, offering whatever help we could in the field of policy planning, research strategy and public awareness tactics. Those are the three areas that I will return to, Mr. Chairman, with your permission.

I suggested that Dr. Gilmore and I should get together to talk further. We have spoken on the phone from time to time. I further suggested that they may be doing quite well without our help. I said that specifically: our only desire was to be helpful if needed. Since we have been in the policy and public awareness business for some time, we may have a few suggestions that could be of help.

• 1545

Perhaps what I should say is the conclusions that I reached as a result of the interviews I had with my medical colleagues and with the Science Council colleagues on this subject... I have also met, I should say, with Dr. Clayton, in your Laboratory Centre for Disease Control, and we have had another conversation or two since then, on the telephone.

First of all, the most obvious thing is that all the panic of a few months ago seems to have calmed down. I think that is the most obvious important feature. In fact, I venture to say that even the concern which gave rise to this committee has in a way been calmed down.

That seems to me largely because the media has been doing an exceptionally good job. I know it is fashionable for me and others to complain about the media. But I think in this instance they are doing, at least in our country, a very fine job. They are giving out accurate information and they are calming the population, as appropriate.

The other reason, I suppose, the underlying reason why the panic has not appeared, is that there seems very good reason to believe this illness is one that affects a certain very specific part of the population, so that the vast bulk of the population feels relatively immune for the moment. Under these circumstances, naturally, there is less general panic, although there is still a certain, I hope, compassion and concern for those parts of the population where this is a very serious danger still.

That is the first obvious thing. The second obvious point is that this is a dynamic situation. Although we seem to have a handle as science people and knowledgeable media people and so on on the illness at the moment, there is always the possibility that this relatively new illness could change, and could, let us say, imitate its form in Africa more than it does at the moment here in North America. There is always that possibility.

What is required, therefore, it seems to me, in order to keep the population genuinely calmed, is a program to maintain alertness to any possible change in the course or nature of the illness. So in addition to knowing as much as possible about

[Traduction]

membres s'étaient plutôt entendus, à l'unanimité, sur la nécessité de collaborer de toutes les façons possibles avec le Comité consultatif du SIDA en offrant leur aide dans le domaine de la planification de la politique, de la stratégie de recherche et des tactiques de sensibilisation de la population. Si vous me le permettez, monsieur le président, je reprendrai plus loin chacun de ces trois éléments.

J'ai proposé une nouvelle rencontre entre le docteur Gilmore et moi-même pour examiner plus longuement cette question. Nous nous sommes parlés au téléphone à quelques reprises. J'ai aussi dit que le comité s'en tirerait sans doute très bien sans notre aide. J'ai dit très clairement que notre seul désir était de leur rendre service au besoin. Puisque nous nous occupons d'élaboration de politiques et de sensibilisation de la population depuis quelque temps, nous pourrions formuler certaines propositions utiles.

Je devrais peut-être dire que les entretiens que j'ai eus avec mes collègues médecins et ceux du Conseil des sciences du Canada m'ont amené à conclure... Je vous signale que j'ai aussi rencontré le docteur Clayton au Laboratoire de lutte contre la maladie et nous nous sommes depuis parlés à une ou deux reprises au téléphone.

D'abord, ce qui ressort le plus clairement, c'est que la panique d'il y a quelques mois semble s'être calmée. J'estime que c'est là l'élément le plus important et le plus évident. En fait, j'oserais dire que l'inquiétude qui a entraîné la création de ce comité s'est quelque peu dissipée.

Cela me semble essentiellement attribuable au fait que les médias font un travail exceptionnel. Je sais que moi-même et d'autres avons l'habitude de nous plaindre des médias. Mais j'estime que dans ce cas-ci, les journalistes canadiens du moins font du très bon travail. Ils diffusent des renseignements exacts et ils calment la population.

La deuxième raison qui explique que la panique ne se soit pas généralisée, c'est que tout porte à croire maintenant que cette maladie touche certains groupes bien précis de la population de sorte que la vaste majorité des Canadiens se sentent relativement en sécurité. Dans ces circonstances, il y a naturellement moins de panique mais il reste néanmoins, je l'espère, une certaine compassion et une certaine préoccupation pour ces segments de la population qui sont toujours menacés par ce très grave danger.

Voilà le premier élément évident. Le deuxième élément c'est que la situation évolue constamment. Bien que les chercheurs et les journalistes spécialisés et autres personnes semblent pour l'instant bien comprendre la maladie, la possibilité existe que cette maladie relativement nouvelle puisse évoluer et en venir à ressembler beaucoup plus à sa forme africaine que ce n'est le cas à l'heure actuelle en Amérique du Nord. C'est toujours une possibilité.

Il me semble donc que, pour réellement calmer la population, il nous faut un programme qui nous maintiendra aux aguets afin que nous repérions tout changement dans l'évolution ou la nature de la maladie. Ainsi, en plus d'en savoir le

[Text]

the present state of the illness, we need to have an early warning system, a kind of DEW Line, if you like, which will specifically be aimed at finding out whether the illness is changing in its form in terms of its ability to infect by other means or to be spread by other means.

So that was a point which to me means the research strategy and the control strategy have to have at least one major element, which is an epidemiological element. Canada, as it turns out, is a very good place for that sort of thing to occur, because our health system does permit us to keep track of the various patients and the various people in our country. There is usually a good trust between family doctors and patients. Because of our health system, the poor are not shunted off to clinics where they may be seeing a different person each time and may have no relationship with the health-care professional. Our health system, in fact, encourages even the poorest people in the country to have a relationship with a given doctor or a given person at a specific clinic. Consequently, we are in a very good position to maintain vigilance about any possible change in the way in which AIDS is being passed on from person to person.

• 1550

So it seems to me the epidemiological side and the overall research strategy should take that into account.

I got the impression from my conversations at that time that there was not an overall research strategy. Now, this is a few months ago; things may have changed. But when I conversed with my friends I got the impression that they would welcome the opportunity to have an overall research strategy which focused on surveillance of those groups in the population that would be the first to show it if a change were to occur in the nature of the disease transmission. So that is sort of one point I wanted to make: the need for an overall research, a sort of war room strategy, which I do not think exists just at the moment although it may have happened in the intervening months since my conversations with these excellent people.

The third point is that the social and ethical issues that are raised by this whole illness and by the tests which are available for detecting antibodies—and, for that matter, the tests that are not so much available in Canada but nonetheless can be done to detect the virus—are very considerable. Some of these are just based on fear and misinformation, people running to take their kids out of school if they hear that a teacher or a student there has the disease or whatever. A lot of this is just plain misinformation, but some of these are very thorny issues. I put in front of you the issue of insurance, the issue of employment, the issue of the required behaviour of a person who has been told that he or she is carrying the virus—to what extent does the state intervene in limiting the freedom of that person?—and so on. These are very serious issues. I doubt that there are simple answers to any of these questions.

[Translation]

plus possible au sujet de l'état actuel de la maladie, il nous faut un système d'alerte avancée, un réseau DEW, si vous le voulez, qui visera plus particulièrement à déterminer si la forme de la maladie change notamment en ce qui concerne sa capacité à infecter les malades par d'autres moyens ou à se propager par d'autres moyens.

J'en conclus qu'il faut accorder une importance primordiale à la stratégie de recherche et à la stratégie de contrôle épidémiologique. Il s'avère que le Canada est très bien placé à cet égard puisque notre système de santé nous permet de suivre de près les divers patients et les groupes à risque du pays. Il existe habituellement de bons rapports de confiance entre le médecin de famille et son patient. Grâce à notre système de santé, les pauvres ne sont pas détournés vers des cliniques où ils seraient traités à chaque fois par des médecins différents, ce qui ne favorise pas l'établissement de rapports avec le professionnel des soins de santé. En fait, notre système de santé encourage même les plus pauvres à établir des rapports avec un médecin ou un autre professionnel de la santé attaché à une clinique particulière. Par conséquent, nous sommes très bien placés pour repérer très rapidement tout changement dans la façon dont le SIDA se transmet d'une personne à une autre.

A mon avis, il faut donc que la stratégie épidémiologique de recherche tienne compte de ce fait.

J'ai eu l'impression, au cours des entretiens que j'ai eus à cette époque, qu'il n'existait aucune stratégie de recherche globale. Quelques mois se sont écoulés depuis et les choses ont pu changer. Mais quand je me suis entretenu avec mes amis, j'ai eu l'impression qu'ils seraient très heureux d'avoir une stratégie de recherche globale qui mettrait l'accent sur la surveillance des groupes au sein de la population qui seraient les premiers chez qui nous pourrions repérer un changement dans le mode de transmission de la maladie. Je tenais donc à mentionner la nécessité d'une stratégie de recherche globale dont j'ai l'impression qu'elle n'existe pas à l'heure actuelle même si une telle stratégie a pu être élaborée depuis les entretiens que j'ai eus avec ces personnes très compétentes.

Le troisième point c'est que cette maladie et les tests mis au point pour déceler les anticorps—et même les tests qui ne sont pas aussi facilement disponibles au Canada mais qui permettent néanmoins de détecter la présence du virus—soulèvent d'importantes questions d'ordre social et éthique. Certaines réactions sont le résultat de la peur et du manque d'information; certains parents s'empressent de retirer leurs enfants de l'école s'ils apprennent qu'un professeur ou qu'un étudiant a le SIDA. Certaines de ces réactions sont attribuables entièrement au manque d'information, mais elles soulèvent parfois des problèmes très épineux. Je songe plus particulièrement à la question de l'assurance, de l'emploi, du comportement que l'on attend d'une personne qui s'est fait dire qu'elle est porteuse du virus, de la mesure dans laquelle l'État doit intervenir pour limiter la liberté de cette personne, etc. Ce sont des questions très graves. Je doute qu'il y ait des réponses simples à ces questions.

[Texte]

So it strikes me that here we are dealing with social and ethical considerations that go hand in hand with medical and scientific ones.

We at the Science Council, for better or for worse, have a certain experience with how to deal with issues that are both social and ethical on the one side and scientific on the other. We have learned how to set up committees that involve representation from the various fields, how to bring them together for workshops, how to get them together to sign a joint statement, how to publicize these statements, how to produce recommendations that at least can be considered by the appropriate authorities and so on.

We would like to offer our help to the National Advisory Committee and make a suggestion to your committee, Mr. Chairman, to which you might want to give consideration. It is that perhaps the National Advisory Committee should be bolstered by giving them enough funds for a subcommittee on the social and ethical issues—social including legal, of course, and economic—related to AIDS and to the HTLV-III virus. Such a subcommittee should have the ability to have maybe one or two employees who could do policy organizational work, and we at the Science Council would be quite happy to help these people, give whatever advice we can and assist in any way possible. Obviously our resources are meagre, but to offer advice and help is not that costly and we could certainly afford to do that.

So that is the social and ethical side.

Then, finally, the issue that perhaps led to your kind invitation to appear here, which is public information. Here I guess what we might want to suggest is twofold. Right at the moment, I think it is fair to say that public information is required for control of the disease, and the best hope we have of controlling the disease is via educating the public. Of course, in the public are the people who, if they act in a wrong way, could spread the disease. So if we want to affect their behaviour, we have to inform them.

• 1555

Further, the other side of public information is to make sure the public is well enough informed so as to support the correct policies. If there is a policy which says AIDS is not infectious or not easily contagious, to use the right term, and that there is nothing wrong with having a kid in school, if you want the public to accept that policy then the public has to be informed. They have to know the facts. If, for instance, something happens where you think there is a need for the public to be more alarmed and that they have to take special precautions of some kind, again you must have a public that trusts what it is hearing and you have to get your viewpoint across to that public.

So to me, that means that what is required is a very good relationship between the people who know the issue—now, when I say “the issue”, I mean the medical side of the issue and the social and ethical side of the issue—the people who understand these issues really well and the people whose job it

[Traduction]

Je constate donc que nous sommes aux prises avec des considérations d'ordre social et éthique qui sont indissociables de considérations d'ordre médical et scientifique.

Nous, au Conseil des sciences, pour le meilleur ou pour le pire, avons une certaine expérience de la façon d'aborder des problèmes qui ont des répercussions sociales et éthiques d'une part et scientifiques de l'autre. Nous avons appris comment créer des comités composés de représentants de diverses spécialités, comment les réunir en atelier, comment les amener à signer des déclarations conjointes, comment publiciser ces déclarations, comment préparer des recommandations qui peuvent au moins être soumises aux autorités compétentes, etc.

Nous aimerions offrir notre aide au Comité consultatif national et, monsieur le président, vous faire une suggestion que vous voudrez peut-être examiner. Il faudrait peut-être renforcer l'action du Comité consultatif national en lui donnant suffisamment de fonds pour qu'il crée un sous-comité sur les questions d'ordre social et éthique—les questions sociales incluant bien sûr les questions juridiques et économiques—reliées au SIDA et au virus HTLV-III. Un tel sous-comité pourrait embaucher un ou deux employés qui travailleraient à l'élaboration d'une politique et nous, au Conseil des sciences, serions très heureux d'aider ces gens en leur fournissant des conseils et de l'aide. Nos ressources sont évidemment limitées, mais ce n'est pas très coûteux d'offrir notre aide et nos conseils et nous pourrions certainement nous permettre de le faire.

Voilà pour ce qui est de l'aspect social et éthique.

J'aimerais finalement aborder la question qui vous a peut-être incités à nous inviter à comparaître, à savoir l'information de la population. Nos propositions à cet égard comportent deux volets. Il n'est pas faux de dire qu'à l'heure actuelle il faut renseigner la population si nous voulons contrôler la maladie et la meilleure façon d'y arriver c'est d'éduquer la population. Bien sûr, certaines personnes pourraient, en posant certains gestes, répandre la maladie. Si nous voulons donc modifier leur comportement, nous devons les renseigner.

En outre, nous devons faire en sorte que la population soit suffisamment bien informée pour l'inciter à appuyer les politiques qui s'imposent. Si nous adoptons une politique selon laquelle le SIDA n'est pas une maladie infectieuse ou plutôt pas facilement transmissible, et selon laquelle il n'y a aucun risque à envoyer à l'école un enfant, il faut bien renseigner la population pour l'amener à accepter cette politique. La population doit connaître les faits. Si, par exemple, l'évolution de la maladie est telle que vous estimez que la population doit être sur ses gardes et prendre des précautions spéciales, vous devez là encore vous adresser à une population qui croit ce que vous lui dites et vous devez pouvoir transmettre ce point de vue à la population.

Cela signifie donc à mon sens qu'il faut de très bons rapports entre ceux qui connaissent à fond la question—et je veux parler ici des aspects médicaux, sociaux et éthiques de la question—et ceux qui ont, sinon la responsabilité du moins les moyens de transmettre les renseignements à la population. Je

[Text]

is to report it to the public, or if it is not their job to report it to the public, the people who are at least in a position to disseminate the information to the public. I think, for instance, of certain professionals and others, who may not be journalists but nonetheless have a good opportunity to spread the good word.

Now, again we have some experience with that at the Science Council because we are constantly in the business of trying to take complicated policy issues and get them out to the press, get them out to the public, in a form that is interesting and understandable. I think we have the confidence of the science writers, the science press generally. If it is desired, we could offer to call together, for instance, the experts on AIDS and the scientific writers of the country, and we can hold a workshop together at which they discuss what they want from one another and how the writers can get the latest information when they need it, who they can contact in each part of the country, and precisely what kind of response they can expect and that sort of thing.

If that is thought to be helpful, we would be glad to do it. But again, we are here only at your request. We are not preaching for any role here; for a call, as they say. We are simply willing to be helpful if it is thought we could be. Our council specifically did suggest that if the AIDS Advisory Committee wanted, since they probably do not have as much experience as we do, we would be very happy to organize such a workshop with the media so they can get their lines of communication straight, so that in the event of a change in the nature of the illness or anything else that information can be responded to very quickly and very accurately.

I think I am going to stop there, Mr. Chairman. Naturally, as always, I would be very happy to answer any questions from members to the best of my ability. I have with me our Director of Communications, Eugene Nyberg, who has a lot of experience in dealing with the public, and if a question seems to be suitable, I will ask his advice as required.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Smith, for your very interesting analysis of the position of the council and your offer of some assistance.

I will begin with you, Mr. Young.

Mr. Young: Thank you very much, Mr. Chairman.

The Chairman: You may have five minutes, ten minutes; we can be fairly flexible here today.

Mr. Young: Thank you for the kind offer. Unfortunately, I have to leave.

I was very impressed by Dr. Gold's express confidence in your abilities to disseminate the information, because in my view—and I think it is the view of the committee—that is very much needed and required. I think I tend to agree with you that the panic that existed at that time has certainly quietened down quite a bit. The media has played an excellent role in that, all forms of the media, television as well as print.

[Translation]

pense par exemple à certains professionnels ou autres qui, sans être journalistes nécessairement, ont néanmoins la possibilité de diffuser les renseignements.

Or, le Conseil des sciences du Canada a une certaine expérience à cet égard puisqu'il s'occupe constamment de questions de politique complexes qu'il doit transmettre à la presse parlée et écrite, et à la population dans une forme qui soit intéressante et facile à comprendre. Je crois que nous avons la confiance des rédacteurs scientifiques et de la presse scientifique en général. Par exemple, nous pourrions au besoin réunir des experts du SIDA et des rédacteurs scientifiques de partout au pays et tenir des ateliers au cours desquels les participants pourraient discuter de la question et déterminer comment transmettre aux rédacteurs les données les plus récentes quand ils en ont besoin, dresser la liste de personnes-contact dans chaque région du pays et décider du genre de réactions qu'ils peuvent espérer de la population.

Nous serions heureux de le faire si les intéressés jugeaient cela utile. Mais je le répète, nous sommes ici parce que vous nous avez invités. Nous ne cherchons pas à nous créer un rôle. Nous sommes tout simplement prêts à rendre service. Notre Conseil a dit expressément qu'il serait prêt, à la demande du Comité consultatif du SIDA qui a peut-être moins d'expérience que nous à cet égard, à organiser de tels ateliers avec les médias afin de les aider à établir leurs stratégies de communication et afin qu'ils soient en mesure de réagir rapidement et efficacement si la nature de la maladie venait à changer.

Monsieur le président, je vais m'arrêter ici. Naturellement, comme d'habitude, je me ferai un plaisir de répondre de mon mieux aux questions des députés. Notre directeur des communications, Eugène Nyberg, m'accompagne aujourd'hui et il a énormément d'expérience des rapports avec la population et je me permettrai donc de lui demander son avis sur certaines questions.

Merci.

Le président: Merci, docteur Smith, de cette très intéressante analyse de la position du Conseil et de votre offre d'aide.

Vous pouvez commencer, monsieur Young.

M. Young: Merci, monsieur le président.

Le président: Vous pouvez prendre cinq minutes, 10 minutes; nous pouvons être assez souples aujourd'hui.

M. Young: Merci de cette offre généreuse. Malheureusement, je dois partir.

J'ai été très impressionné par le fait que le docteur Gold semble avoir entièrement confiance dans votre aptitude à diffuser l'information puisque, à mon avis—et je crois que c'est l'avis du Comité—ce besoin existe. J'aurais tendance à être d'accord avec vous pour dire que la panique qui existait à l'époque s'est beaucoup calmée. Les médias, la télévision, aussi

[Texte]

[Traduction]

bien que les journaux et les revues, ont fait un excellent travail dans ce sens.

• 1600

Have you had any discussions with the advisory committee, the Minister of National Health and Welfare, or perhaps communications, for that matter, about your kind offer of assistance? You could put together a kind of package, to use the phrase, that would be helpful in getting the information out. The Department of National Health and Welfare, or the advisory committee, has designed excellent pamphlets, which were shown to us at the committee, but they did not seem to have a very good system for distributing those pamphlets, from what I could see. Perhaps we could enroll municipal boards of health, for example, and the medical profession.

Dr. Smith: I have not spoken to the Minister, or to any other Minister, about this. I had two conversations with the advisory committee, one with members of the committee in Montreal, although not all the members were present, and the other on the telephone with Dr. Norbert Gilmore. He is the chairman of the committee.

In each instance we agreed that there was a terrific need for a public information program. The thought was that the Science Council might well want to outline how such a program could be done if we issued a statement on AIDS. Both of those conversations occurred, Mr. Young, when we were still considering issuing a statement on AIDS. The statement was going to consist of a number of headings: more money for research; an overall research plan; a social and ethical issues subcommittee; bolstering the advisory committee with a public affairs arm, and so on. Then the Science Council statement itself would lead, presumably, to either a request for our help or else they would simply carry the ball on their own. But we never did issue that statement. Instead, what we have offered is to help them improve their media relations, help them set up this structure so that if there is a re-emerging need for public information, this could be better dealt with. It was an offer simply to assist them. But that has never been taken up with the committee at all.

Mr. Young: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Young.

Mr. Hamelin.

M. Hamelin: Merci, monsieur le président.

Vous avez mentionné qu'aucune stratégie globale n'existe actuellement. D'où, à votre avis, pourrait venir un ordre spécifique de l'établir? Serait-ce votre responsabilité? En formulez-vous la demande officielle au gouvernement? Quelle est votre position? Qui devrait produire cette stratégie globale de surveillance, comme vous l'avez appelée; d'où devrait-elle venir, cette stratégie?

Avez-vous eu des discussions avec le Comité consultatif, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ou les services de communications, au sujet de votre généreuse offre d'aide? Peut-être que vous pourriez préparer une stratégie globale pour faire diffuser les renseignements. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ou le Comité consultatif, a conçu d'excellentes brochures, qu'on nous a montrées. Cependant, si j'ai bien compris, il n'existe pas un bon réseau pour la distribution de ces brochures. Peut-être qu'on pourrait faire appel aux conseils municipaux de santé, par exemple, et aux médecins.

M. Smith: Je n'ai parlé à aucun ministre au sujet de cette question. J'ai eu deux conversations avec des membres du Comité consultatif—dans le temps avec les membres du Comité à Montréal, même si tous les membres du Comité n'étaient pas présents, et l'autre au téléphone avec le docteur Norbert Gilmore. C'est le président du Comité.

Dans les deux cas, nous avons convenu qu'il y avait un besoin urgent de programme de sensibilisation de la population. On avait pensé que le Conseil des sciences pourrait très bien proposer une façon de procéder si on émettait un communiqué au sujet du SIDA. J'ai eu ces deux conversations, monsieur Young, lorsque nous envisagions toujours la possibilité d'émettre une déclaration au sujet du SIDA. La déclaration devait comporter plusieurs rubriques: un financement supplémentaire pour la recherche; un plan de recherche globale; un sous-comité chargé d'examiner les questions sociales et éthiques; l'adjonction au Comité consultatif d'un organisme responsable des affaires publiques, et cetera. On avait pensé que cette déclaration de la part du Conseil des sciences entraînerait une demande d'aide. Sinon, les autres responsables s'occuperaient de la question à eux seuls. Mais nous n'avons jamais publié la déclaration. Nous avons plutôt offert d'aider le Comité à améliorer ses relations avec les médias, de l'aider à mettre en place une structure afin de mieux répondre à tous les besoins d'information publique qui pourraient surgir à l'avenir. Nous avons simplement offert notre aide. Mais il n'y a jamais eu de discussion à ce sujet avec le Comité.

M. Young: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Young.

Monsieur Hamelin.

Mr. Hamelin: Thank you, Mr. Chairman.

You said that there is no overall strategy at the present time. What body could specifically direct that such a strategy be set up in your view? Is this your responsibility? Are you making an official request that the government do this? What is your position on this? Who should come up with the overall supervisory strategy to which you referred?

[Text]

M. Smith: Selon nous, ce sont les comités provisoires sur le SIDA qui doivent considérer les possibilités d'une stratégie globale et présenter les coûts et les moyens pour l'accomplir.

M. Hamelin: Vous n'offririez que votre aide technique. Le Conseil des sciences n'apporteraient qu'une aide technique.

M. Smith: C'est ça. C'est seulement une question d'offrir notre aide technique: notre expérience avec les questions de stratégie et de politiques. On ne considère pas seulement les aspects scientifiques, mais aussi les aspects socio-économiques et autres.

• 1605

Nous avons un peu d'expérience dans l'information, la sensibilisation du public et la vulgarisation des issues compliquées; nous sommes prêts à apporter notre aide. C'est cela que nous offrons.

M. Hamelin: Le Conseil des sciences, non seulement sur la question qui nous occupe actuellement, mais sur un tas d'autres questions, réclame toujours, et c'est tout à fait normal, plus d'argent pour la recherche et le développement. Je vous pose une question d'ordre politique, docteur. À votre avis, les 213 millions de dollars que le gouvernement américain consacre à l'étude du SIDA représentent-ils une contribution significative pour la recherche? Et, vous reposant sur l'expérience de votre organisme, avez-vous établi des projections concernant le Canada?

M. Smith: Non, nous n'avons pas fait de projections. Pour commencer, il faut tenir compte du fait que le SIDA n'est pas aussi sévère au Canada qu'aux États-Unis; deuxièmement ce qui a été fait aux États-Unis, n'a pas à être reproduit ici, mais nous devons faire notre part. Nous sommes un pays développé et, moralement, nous devons faire notre part ici, comme dans la défense et ailleurs. Je pense qu'il faut au moins effectuer la recherche nécessaire pour garantir que les Canadiens reçoivent l'information à temps s'il y a des problèmes ou des changements. Comme je l'ai mentionné plus tôt il faut profiter de notre organisation des services de la santé. Elle nous permet de faire des études, particulièrement dans l'épidémiologie, qui ne pourraient peut-être pas se faire avec autant de succès aux États-Unis. Aux États-Unis, fréquemment, on étudie sur des soldats, parce que c'est le seul groupe-témoin qui permet une continuité avec un groupe de médecins. Comme vous le savez, les médecins ne peuvent pas faire de rapports tout à fait honnêtes sur des sujets comme les habitudes sexuelles, l'usage des drogues, et autres sujets du genre. Nous avons des possibilités, au Canada, de faire du travail de première classe.

M. Hamelin: Ce qui est intéressant, dans ce que vous affirmez, c'est d'éviter la répétition. Il ne s'agirait pas de dépenser au Canada pour des travaux qui se feraient aux États-Unis. Donc, il y aurait une complémentarité. Bien sûr, il faudra des sommes d'argent pour l'information, les communications publiques. Vous prétendez aussi qu'il y aurait des secteurs où nous pouvons contribuer sans répéter les recherches faites aux États-Unis ou ailleurs dans le monde.

[Translation]

Dr. Smith: We think it is up to the Advisory Committee on AIDS to devise a global strategy and to state the costs and means of implementing it.

Mr. Hamelin: You are only offering your technical assistance. Am I correct to say that the Science Council would provide technical assistance only?

Dr. Smith: That is correct. It is simply a question of offering our technical assistance; that is, our experience with strategy and policy issues. The strategy should focus not only on the scientific aspects of the issue, but on the socio-economic and other aspects as well.

We have some experience in public information, and in informing people about complex issues. We are prepared to provide this expertise. That is what we are offering.

Mr. Hamelin: The Science Council is always asking for more money for research and development on this issue and on many others. This is certainly to be expected. I am going to ask you a political question, Dr. Smith. Do you think that the \$213 million that the American government is spending to study AIDS constitutes a significant contribution to research? On the basis of the Council's experience have you established any projections for Canada?

Dr. Smith: No, we have not done any projections. First of all, it must be remembered that AIDS is not as severe a problem in Canada as it is in the United States. Secondly, there is no need to redo in Canada what has already been done in the United States; however, we should do our share. We are a developed country and we have a moral responsibility to do our share, just as we do in defence and other areas. I think that we must at least do the research that is required to ensure that Canadians are informed in time if there are any problems or any changes in the present situation. As I said earlier, we must take advantage of the organization of our health services. They can be used to do studies, particularly in the field of epidemiology, which perhaps could not be done as successfully in the United States. Studies are frequently conducted in the United States using military personnel as test groups, because they are the only group that allows for some continuity. As you know, physicians cannot make reports that are completely honest on subjects such as their patients' sexual practices, their use of drugs, and so forth. We can do some first-class work on the disease in Canada.

Mr. Hamelin: I note with interest that you say we should avoid duplicating what has been done in the United States. Money should not be spent in Canada to redo work that has been done in the United States. Our efforts should therefore complement theirs. Of course, money will be required for public information campaigns. We maintain as well that we could contribute in some areas without duplicating a research that has already been conducted in the United States or elsewhere.

[Texte]

M. Smith: Absolument. Et naturellement il nous faut, au moins, des centres pour traiter les cas de SIDA qui existent. On peut également faire des pour étudier ce virus; mais cela est moins vrai si on le fait sur une dizaine de cas à la fois. Je ne pense pas qu'il soit absolument nécessaire de suivre l'exemple américain. On peut dépenser de l'argent de façon plus judicieuse.

M. Hamelin: Merci, docteur Smith.

Le président: Madame Bertrand.

Mme Bertrand: Vous avez beaucoup mis l'accent sur l'information et la coordination de cette information. On sait, qu'un peu partout au Canada actuellement, naissent des groupuscules qui veulent aider leurs semblables. Ils s'organisent et donnent une certaine forme d'information. Ce sont des groupements sociaux ou même des hôpitaux qui ont des lignes téléphoniques pour répondre aux appels. Comment le ministère de la Santé nationale et du Bien-être sociale du Canada voit-il le rôle de chacun? On sait que la santé est de juridiction provinciale. Voyez-vous des difficultés pour assurer cette coordination?

• 1610

M. Smith: Il n'y a pas de grands problèmes à mon avis. Même si c'est une question de juridiction provinciale, en général, il y a beaucoup de communication entre les provinces sur le sujet du SIDA et sur la sensibilisation du public et les efforts pour garantir que les gens qui constituent le plus haut risque soient au courant des plus récents développements.

Il y avait un problème de juridiction en Ontario, par exemple. On ne voulait pas mettre l'information sur les étiquettes accompagnant les échantillons de sang. Mais je pense que maintenant on a trouvé une solution à ce petit problème. En général, je ne rencontre pas de problèmes en ce moment. Il n'y a pas de panique, il n'y a pas de difficulté.

Mais j'ai une crainte: si, et je dis bien si., s'il y a un changement dans la maladie et dans le mode de transmission, alors il y aurait possibilité de panique. C'est très grave! Je pense qu'il faut être prêt pour une telle éventualité. C'est toujours une possibilité. C'est la seule chose dont j'ai peur actuellement. Mais je pense que chaque province est—je m'excuse pour le terme anglais—*most suited* à son propre environnement. Je peux leur faire confiance. Mais il leur faut un comité comme celui-ci pouvant distribuer les dernières informations, les derniers résultats, les dernières nouvelles dans les provinces et dans les groupes de volontaires.

Mr. Redway: First of all, I must apologize to Dr. Smith for being late for his presentation, and welcome him here. It has been a long time since I have seen him. I wondered, to start off with, if he is missing Queen's Park these days.

Dr. Smith: I have to admit to a certain tinge, Mr. Redway, that I never got to put any of my ideas into action there, and my old friends now have their opportunity, which I never had. Being only human, I have a tinge of envy. On the other hand, when I think of the headaches I had at Queen's Park, I rather prefer what I am doing now.

[Traduction]

Dr. Smith: Definitely. And it goes without saying that at the very least, we must have centres to treat existing cases of AIDS. We could also do studies on the virus. I do not think it is absolutely necessary to follow the American example slavishly. We can spend our money more wisely.

Mr. Hamelin: Thank you, Dr. Smith.

The Chairman: Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: You have emphasized information dissemination and coordination of this effort. We know that small groups are being set up across Canada at the present time to provide information. I am referring to social groups, or to hospitals that have special telephone numbers that people can call for information. What should the Department of National Health and Welfare's response be to such initiatives? Of course health comes under provincial jurisdiction. Do you see any problems in coordinating the information activities?

Dr. Smith: I see no major problems. Even though health is a provincial matter, there is a great deal of communication between the provinces on AIDS, on public awareness and on efforts to ensure that high-risk groups are kept informed of the latest developments.

A jurisdictional problem came up in Ontario. Officials did not want to put certain information on the labels put on blood samples. I believe that this minor problem has now been solved. Generally speaking, I do not see any problems at the present time. There is no panic, there are no difficulties.

The one fear I have is this: if, and I emphasize the if, there were to be a change in the disease and the way it is transmitted, then there could be a panic. That would be extremely serious. I think we have to be prepared for such an eventuality. It could happen. That is the only thing I am afraid of at the present time. However, I think that individual provinces are the most suited to deal with their particular situation. I trust them. But they need a committee of this type to distribute the latest information and news to the provinces and to the volunteer groups.

M. Redway: Tout d'abord, je tiens à m'excuser auprès du docteur Smith d'être arrivé en retard pour son exposé. Je lui souhaite la bienvenue. On ne s'est pas vu depuis longtemps. Je me demande si Queen's Park lui manque en ce moment.

M. Smith: Je dois admettre que j'éprouve un soupçon d'envie, monsieur Redway, car je n'ai jamais eu la possibilité de mettre en oeuvre mes idées quand j'étais là-bas. Mes anciens amis ont maintenant cette possibilité que je n'ai jamais eue avec eux. Je ne suis qu'humain, et j'éprouve donc un peu d'envie. D'un autre côté, quand je pense à tous les problèmes

[Text]

Mr. Redway: I imagine you are having the opportunity to put your ideas into effect now in your current role. Although I did miss your initial presentation, one of the questions I was going to ask—and M^{me} Bertrand really touched on it—was the co-ordinating role and the necessity for some sort of co-ordinating body on a national basis. Do I understand you to say that you think that role should be played by the advisory committee to the Minister of National Health and Welfare rather than by some other organization? And when I say that, I am thinking in terms of the fact that there is the co-ordination of the research we are talking about here, the co-ordination of the funding for the research, the question of distributing information to the public generally, and then I guess the whole question of the treatment of AIDS victims.

• 1615

Do you not think that perhaps there should be some other form of co-ordinating body? And I might just say it has already been suggested to us at one other meeting that perhaps the organization in Montreal—its name escapes my memory for the moment; it has a name similar to the one in Atlanta, Mr. Chairman.

The Chairman: The Centre for Disease Control? That is in Ottawa.

Mr. Redway: I thought there was one in Montreal of that nature. But it was suggested that some body such as that be the co-ordinating body for all of these activities. Would you see that as a reasonable suggestion, or would you think the advisory committee again is the body? Or is there any need for it?

Dr. Smith: I think there is a need for it at the moment because, as I said before you had the opportunity to join us, the situation is a dynamic one. My concern is the need for us to have in place a central clearing-house of some kind, because this disease it is still in its early days and years.

My sense is that the co-ordinating body could well be, for the time being, the advisory committee to the Minister, properly bolstered. I suggest that it be bolstered by people who are not just experts on the medical side, but also experts on the social and ethical side, even some who may be expert on the public awareness side. I suppose you could even argue for some from the provincial departments of health and so on, but I would not get too bureaucratic about this. I think it is too early.

You see, we have lots of illnesses in Canada where an approach really needs to be taken on a national level, and we do not get all excited about it. We do not set up a whole structure for every illness. As time goes by and we get to know what it is about, what tends to happen usually is that a private group will emerge which will become the main distributor of information: the Canadian Cancer Society, the March of Dimes, this type of thing tends to happen, the Huntington

[Translation]

que j'ai eus à Queen's Park, j'ai tendance à préférer mon emploi actuel.

M. Redway: Je suppose que vous avez la possibilité de mettre en oeuvre vos idées à votre poste actuel. Même si je n'étais pas présent pour votre exposé, je voulais vous poser une question au sujet d'un organisme national de coordination. M^{me} Bertrand a d'ailleurs déjà soulevé la question. Ai-je bien compris que vous êtes d'avis que c'est le Comité consultatif, plutôt que tout autre organisme, qui devrait jouer ce rôle auprès du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social? Et en disant cela, je pense à la coordination de la recherche, dont il est question, de la coordination du financement de la recherche, de la dissémination des informations au grand public, et également de toute la question du traitement pour personnes atteintes du SIDA.

Pensez-vous que peut-être il devrait y avoir un autre organe de coordination? Je dois vous dire qu'on nous a déjà suggéré, lors d'une autre séance, que l'organisme de Montréal—son nom m'échappe actuellement... Monsieur le président, c'est un nom qui ressemble à celui de l'organisme d'Atlanta.

Le président: Le Centre de lutte contre les maladies? C'est à Ottawa.

M. Redway: Je croyais qu'il y avait quelque chose de ce genre à Montréal. Quoi qu'il en soit, il a été suggéré qu'un organisme de ce genre soit chargé de la coordination de toutes ces activités. Cela vous semble-t-il être une bonne idée, ou pensez-vous que le Comité consultatif soit mieux à même de remplir ce rôle? Est-il même nécessaire d'avoir un tel organisme?

M. Smith: J'estime que c'est nécessaire actuellement car, comme je l'ai dit avant que vous vous joigniez à nous, nous sommes face à une situation dynamique. Je pense que nous devons mettre sur pied un centre de tri, car la maladie n'est encore qu'à ses débuts.

Je pense que pour le moment, ce rôle peut très bien être assuré par le Comité consultatif du ministre, augmenté des ressources nécessaires. Je pense qu'il faudrait y introduire non seulement des experts dans le domaine médical, mais aussi des experts dans les questions sociales et éthiques, et même peut-être des experts en communication. On pourrait même, je suppose, faire valoir que les ministères de la Santé des provinces devraient également être représentés, mais il ne faudrait pas trop bureaucratiser pour le moment. Il est encore trop tôt.

Il y a au Canada bien des maladies nécessitant une action nationale, et nous ne nous agitions pas pour autant. Nous ne mettons pas sur pied pour chaque maladie toute une structure indépendante. Avec le temps, lorsque nous en savons suffisamment sur la maladie en question, on voit généralement se former un organisme privé, comme la Société canadienne de lutte contre le cancer, la Marche des dix sous, la société Huntington, et ainsi de suite. Qu'il s'agisse de la dystrophie

[Texte]

Society and so on and so forth. Muscular dystrophy and all these illness each have a group of friends who really take over this co-ordinating role. Then, of course, the response that is required in each jurisdiction is taken accordingly.

I remember when polio used to be a major illness. It was not necessary to have a massive bureaucracy dealing with it. We had the March of Dimes; each province had its own policies, and so on. There was just some co-ordination from the central Department of National Health and Welfare, but it was not a big deal. I do not think we should get into a big panic about this and set up a massive organization to organize everything.

What I find interesting about AIDS is these two things: one, that it is changing, and two, that it has so many social and ethical aspects to it, maybe more than any other illness I can remember.

That being the case, and because the public is so alarmed by it, although less so now than they were, it is probably wise to have a central agency dealing with it. But I do not think it has to be a massive permanent structure by any means. I think it should be just an ad hoc structure, and my recommendation, although the committee will have its own views, would be to bolster the group that is there and add the features they do not have, give them a little bit of a budget, give them a couple of people who know how to bring about policy advice, because doctors do not generally know how to do policy advice; they know how to tell you what is happening medically but that is about all you can usually expect. So you have to give them a few policy people, a small budget, some chance to co-ordinate a master plan for the epidemiological strategy. You cannot get medical researchers, frankly, into a kind of master plan on how to attack the virus and what research to do next, because that is not how medical research works.

• 1620

But in the field of epidemiology you could have a master plan. You could say, we are going to look at the next groups, the relatives of people with AIDS, the prostitutes, and so on; you find certain people you think are the crucial ones, who, if there is going to be a change, will be the first to show it, and you do a regular screening of those people. It would be wise to have a national master plan that the provinces all agreed to so that work could proceed in a very efficient way.

The Chairman: If the committee would indulge me, I would like to put a couple of questions.

Dr. Smith, you have given us a calming effect, as you say, today by the nature of your testimony, and you sense that this is taking place generally in this whole area. The rather straight line graph that has been going up rather rapidly in terms of incidence of the disease, particularly in the States, and our graph is similar here I understand, or has been similar, but a couple of years behind the Americans, is there any levelling off you are aware of yet in that graph?

[Traduction]

musculaire ou d'une autre maladie, il se trouve toujours un groupe prêt à prendre en charge la coordination. On répond alors, bien sûr, de la manière appropriée dans chaque cas.

Je me souviens de l'époque où la polio faisait rage. Il n'a pas été nécessaire de mettre sur pied toute une bureaucratie spéciale. Il y avait l'organisme la Marche des dix sous; chaque province avait pris ses propres mesures. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social assurait une certaine coordination, mais ce n'était pas une grande affaire. Je pense qu'il n'y a pas de quoi paniquer dans ce cas-ci, et créer une immense structure chargée de tout organiser.

Ce qui est particulièrement intéressant dans le cas du SIDA c'est que premièrement, la maladie évolue, et deuxièmement, elle suscite des questions sociales et éthiques, comme jamais aucune autre maladie ne l'a fait, pour autant que je m'en souviennne.

C'est pour cette raison, et en raison de la peur panique qui a saisi la population, bien que cela se soit quelque peu atténué maintenant, qu'il serait sans doute bon d'avoir un organisme central chargé de la coordination. Mais je ne pense pas qu'il faille créer une énorme structure permanente, au contraire. Je pense qu'il faut mettre sur pied un organisme temporaire, et je recommanderais, mais le Comité aura sans doute son propre avis là-dessus, que l'on ajoute au groupe déjà existant, en lui apportant ce qui lui manque, en augmentant un peu son budget, en y introduisant quelques personnes qui s'y connaissent en élaboration des politiques, car ce n'est généralement pas le point fort des médecins; ils savent vous expliquer la situation sur le plan médical, mais il ne faut pas leur en demander davantage. Il faut donc donner au Comité quelques experts en élaboration des politiques, un petit budget, la possibilité de coordonner un plan-cadre pour la stratégie épidémiologique. Honnêtement, on ne peut pas demander à des chercheurs en médecine d'élaborer un plan-cadre de lutte contre un virus et un calendrier de recherche, car ce n'est pas ainsi que l'on travaille dans la recherche médicale.

Mais sur le plan épidémiologique, on pourrait avoir un plan-cadre. On pourrait décider, par exemple, de suivre les parents des personnes atteintes du SIDA, les prostitués, et ainsi de suite; on peut identifier certains groupes où l'on pense que la maladie se manifesterait en premier, si elle évolue, et on peut les tester régulièrement. Il serait bon d'avoir un plan-cadre au niveau national, qui ait l'accord de toutes les provinces, afin que l'on puisse faire un travail efficace.

Le président: Si le Comité le permet, je voudrais poser quelques questions.

Docteur Smith, vous nous avez apporté un message rassurant, comme vous dites, aujourd'hui, et vous dites qu'à votre avis, la panique diminue. Le nombre des cas reconnus a augmenté en flèche, aux États-Unis, et je crois que la tendance est la même ici, mais nous sommes environ deux ans en retard sur les Américains; à votre connaissance, la croissance s'est-elle stabilisée?

[Text]

Dr. Smith: I heard there was. I am not an expert, though, and it is terribly important you get your advice on this from somebody like Dr. Gilmore who is an expert. I heard there was a levelling off, particularly in the homosexual community in some of the bigger centres, such as San Francisco and New York. I have heard it is levelling off, and this is, generally speaking, being attributed to the practice of so-called safe sex and safe needle use, although I must say the safe sex seems to have caught on more than the safe needle use. To get figures on that, Mr. Chairman, I really have to suggest you go to the experts, because I am just not expert in this subject.

The Chairman: You are of course our most recent witness, and I think you have brought to us the most recent views on that. I do not think anybody else had suggested to us that it is now levelling off, but we have not had witnesses here for two months, so there may very well be a change.

Dr. Smith: I saw some recent material; I cannot remember where. However, a phone call to Dr. Norbert Gilmore . . . ; he is way more up to date than I am.

The Chairman: We will certainly check that out.

Another question relating to some testimony we had from Dr. Dorothy Ley and her interest in palliative care. How do you view this subject of AIDS and the effect it is going to have on our chronic care hospitals and then on palliative care institutions which are coming into vogue? Is there going to be a new pressure on governments at both levels to invest in those kinds of hospitals, and should we be recommending some closer attention to that matter because of the incidence of AIDS?

Dr. Smith: Well again, here I cannot speak from any expert knowledge. I have not sat down to analyse what the impact will be. I have read material, as I am sure members of the committee have, that indicates the potential, particularly in some urban centres, could be considerable, especially if some hospitals tend to avoid the AIDS person during the latter stages of his life. That, of course, leads then to a concentration in those hospitals that get a name for being good at it and open to such people. It could distort the pattern of chronic health care in some urban centres.

But this, I would imagine, is something that could easily be handled by possibly accepting the suggestion made by other witnesses, which is a type of hospice arrangement where people treat the folks who have AIDS and also where people can come to get tests and information, and so on and so forth.

I do not think it is an insoluble problem. My goodness, compared to the days when polio was so rampant, or tuberculosis, this is a very, very small problem compared to what our society has gone through in the past on other occasions, a very small fraction of those. Now, we have to hope it stays that way, but assuming it stays that way, it is very serious for the people involved but it should not be an impossible burden for us to devise ways to handle that.

[Translation]

M. Smith: C'est ce que j'ai entendu dire. Je ne suis cependant pas expert et il importe que vous vous renseigniez auprès de quelqu'un comme le Dr Gilmore, qui est l'expert dans ces questions. J'ai entendu dire que cela s'était stabilisé, surtout dans les communautés homosexuelles des grandes villes, comme San Francisco et New York. J'ai entendu dire que la situation s'était stabilisée et que c'était dû, en général, à des pratiques sexuelles plus prudentes, à l'utilisation prudente des seringues hypodermiques, même si je dois dire que la prudence est davantage répandue pour les pratiques sexuelles que pour l'utilisation des seringues. Pour avoir des chiffres, monsieur le président, je vous suggère de poser la question à des experts, car je n'en suis pas un.

Le président: Vous êtes bien entendu notre témoin le plus récent, et je pense que vous nous avez apporté une mise à jour sur le sujet. Jusqu'ici, personne ne nous avait laissé entendre, je crois, que la situation s'était stabilisée, mais nous n'avons pas entendu de témoins depuis deux mois, il est donc fort possible que les choses aient changé.

M. Smith: J'ai vu un article récent là-dessus, je ne sais plus où. Mais il suffirait d'appeler le Dr Norbert Gilmore . . . ; il est toujours mieux renseigné.

Le président: Nous allons certainement vérifier.

Encore une question à propos de ce que nous a dit le Dr Dorothy Ley, qui s'intéresse aux soins palliatifs. Quelles seront les conséquences, à votre avis, du SIDA pour les hôpitaux de soins chroniques et les institutions de soins palliatifs qui sont maintenant à la mode? Exercera-t-on des pressions sur les deux paliers de gouvernement afin qu'ils accroissent le budget pour ce genre d'hôpitaux, et devrions-nous recommander que l'on étudie de plus près la question en raison du taux d'incidence du SIDA.

M. Smith: Encore une fois, je ne peux pas vous parler en expert. Je n'ai pas vraiment analysé les conséquences. J'ai lu des articles, comme vous, j'en suis sûr, selon lesquels les répercussions pourraient être considérables, surtout dans certains centres urbains, et plus particulièrement si certains hôpitaux refusent de soigner les victimes du SIDA dans le stade final de la maladie. Cela amènerait évidemment une concentration des cas dans les hôpitaux qui ont la réputation de bien accueillir ces malades-là. Cela pourrait modifier la structure des soins chroniques telle que nous la connaissons dans certains centres urbains.

Mais je suppose que l'on peut facilement résoudre ce problème en retenant la suggestion qu'ont faite certains témoins de créer des autres pour les victimes du SIDA, et où les gens iraient également pour se faire tester et obtenir des renseignements.

Je ne pense pas que le problème soit insoluble. Il s'agit d'un problème très mineur par rapport à celui qu'on a connu dans le cas de la polio et de la tuberculose. Il est à espérer que la situation ne s'aggraverait pas, mais si tel est le cas, même s'il s'agit d'une maladie très grave pour les personnes atteintes, il ne devrait pas nous être impossible de faire face à la situation.

[Texte]

• 1625

The Chairman: Thank you very much, Dr. Smith.

Are there any further questions for Dr. Smith? Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: I think we would have questions for the whole day.

Aimeriez-vous organiser ce plan d'informations à la télévision ou sous forme de communiqués ou de dépliants qui seraient envoyés dans les organismes communautaires ou dans les familles. Avez-vous une opinion là-dessus? Votre spécialiste en communication pourrait essayer cela.

M. Smith: Tous les moyens que vous avez mentionnés ont leur importance. Il y a d'autres possibilités. On peut acheter des sections dans les publications populaires, c'est un moyen très efficace pour atteindre des lecteurs spécifiques. On peut choisir telle ou telle publication périodique et on peut y insérer une section détachable contenant toutes les informations importantes, par exemple. C'est un autre moyen. Les dépliants sont très importants aussi mais il faut des partenaires pour cela. On ne peut pas simplement laisser des dépliants sur le premier étage d'un édifice. On gaspille nos efforts ainsi. Mais si quelqu'un se charge de distribuer les dépliants, c'est beaucoup plus efficace. Il faut des collaborateurs impliqués dans le processus.

Mais tous les moyens que vous avez mentionnés et plusieurs autres sont possibles: des annonces de 20 ou 25 secondes, par exemple, à la télévision, des films pour le cinéma... On peut présenter quelque chose avant un film, au cinéma. Il y a des possibilités. Mais je pense que ce que nous pouvons faire est beaucoup plus efficace. C'est simplement de convoquer les media à un atelier d'experts qui discuteront de ces aspects scientifiques et médicaux. Qu'on donne à ces experts et aux membres des media la possibilité de couvrir toutes les questions. Nous sommes prêts à organiser cette forme d'atelier. Si on le veut, nous seront heureux de le faire. Mais nous n'avons pas l'intention de faire quoi que ce soit quand il existe un comité qui, selon nous, rassemble les experts qui doivent prendre les décisions sur le sujet. Notre Conseil a simplement décidé d'offrir sa coopération.

On attend simplement une réponse du comité.

Mme Bertrand: La réponse sera transmise au ministre, directement, monsieur. Merci.

• 1630

The Chairman: Thank you very much. Are there any further questions?

Dr. Smith, I want to thank you and your colleagues for being with us today and for giving us your testimony and also for offering the services of the Science Council of Canada. That seemed to be in order.

I would remind the committee that the next regular meeting is planned for Tuesday, February 11, at 9.30 a.m. in room 371.

Since there is no other business, this meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, docteur Smith.

Y a-t-il d'autres questions pour le docteur Smith? Madame Bertrand.

Mme Bertrand: Je crois qu'on pourrait poser des questions toute la journée.

How would you like to organize your information campaign? Using television, press releases, or folders to be sent to families or community organizations? Do you have any thoughts on that? Perhaps your communications specialist could try answering this question.

Dr. Smith: All the possibilities you suggested have a role to play. There are other options as well. A very effective way of reaching specific readers is to purchase sections of popular publications. We could select a particular periodical and include a detachable insert containing all the important information on the disease. That is another possibility. Brochures are a very important tool, but we need partners to make them work. Not simply leave some brochures on the first floor of a building. This is a wasted effort. However, if someone assumes responsibility for distributing the brochures, then they are much more effective. So we need people to help us out to make the process work.

But all the possibilities you mentioned and a number of others could be used. For example, there could be 20 or 25-second spots on television, or short presentations before feature films. There are things that can be done. However, I think that what we can do is much more effective. We can invite media representatives to attend a workshop at which experts will discuss the scientific and medical aspects of AIDS. The experts and the media representatives would be able to cover any questions they may have. We are prepared to organize a workshop of this sort, and we would be pleased to do so if we are asked. However, we do not intend to take any action at all, since there is a committee composed of experts who, in our opinion, should be making decisions on this matter. Our Council has simply decided to offer its cooperation.

We are waiting for a reply from the committee.

Mrs. Bertrand: The reply will be forwarded directly to the Minister, Dr. Smith. Thank you.

Le président: Merci beaucoup. Y a-t-il d'autres questions?

Docteur Smith, je vous remercie, ainsi que vos collègues, d'être venus aujourd'hui apporter votre témoignage et offrir les services du Conseil des Sciences du Canada. C'est très bien.

Je rappelle aux députés que notre prochaine réunion aura lieu le mardi 11 février, à 9h30, à la pièce 371.

S'il n'y a pas d'autres questions, je déclare la séance levée jusqu'à la prochaine convocation du président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From the Science Council of Canada:
Dr. Stuart Smith, Chairman.

Du Conseil des sciences du Canada:
Dr Stuart Smith, président.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 30

Tuesday, February 11, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 30

Le mardi 11 février 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85-86

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985-1986

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles Hamelin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Anne Blouin
Pauline Browes
Leo Duguay
Douglas Frith
John Gormley
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Gus Mitges
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles Hamelin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Sheila Copps
Vincent Dantzer
Édouard Desrosiers
Ernest Epp
Tom Hockin
W.R. Bud Jardine
Jean-Luc Joncas
Bill Lesick
Moe Mantha
Charles-Eugène Marin
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 11, 1986
(36)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:46 o'clock a.m., this day, the Vice-Chairman, Charles Hamelin, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, John Gormley, Charles Hamelin and Gus Mitges.

Alternates present: Sheila Coops, Jean-Luc Joncas and Bill Lesick.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witnesses: From the Canadian Life and Health Association: Charles C. Black, Vice-President; Dr. Chris West, Medical Vice-President, Canada Life Assurance Company; J. Donald McFarlane, Assistant Vice-President, Manulife.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

Charles Black made a presentation.

The Chairman presented the Twelfth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure, which is as follows:

The Sub-committee on Agenda and Procedure met on Monday, February 3, 1986, and agreed to make the following recommendations:

1. That, for the purpose of its study on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), the Chairman be authorized to arrange further meetings with experts and to schedule meetings through Thursday, February 27, 1986;
2. That the witness Dr. Norbert Gilmore be heard at a luncheon meeting on February 27, 1986, and that the Clerk be authorized to pay the expenses for this luncheon for members and staff of the Committee, in accordance with the hospitality policy of the House of Commons;
3. That, in relation to its study on AIDS, the Chairman be authorized to extend an invitation to appear to Tracy Tremayne-Lloyd, Chairman, Health Law Section of the Ontario Bar Association;
4. That the Committee report its study to the House of Commons at the end of March 1986.

Jean-Luc Joncas, seconded by Pauline Browes, moved,—That the Report be concurred in.

On motion of Gabrielle Bertrand, it was agreed,—That the Report be amended by deleting the word "witness Dr. Norbert

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 11 FÉVRIER 1986
(36)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 46, sous la présidence de Charles Hamelin, (*vice-président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Pauline Browes, John Gormley, Charles Hamelin, Gus Mitges.

Substituts présents: Sheila Copps, Jean-Luc Joncas, Bill Lesick.

Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoins: De l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.: Charles C. Black, vice-président; Dr. Chris West, vice-président médical, La Canada Vie; J. Donald McFarlane, vice-président adjoint, Manulife.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé et du Bien-être social Canada pour l'exercice clos le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice clos le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Charles Black donne un exposé.

Le président présente le Douzième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, libellé en ces termes:

Le Sous-comité du programme et de la procédure s'est réuni le lundi 3 février 1986 et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1. Qu'en ce qui a trait aux travaux sur le SIDA, le Comité permette au président de préparer des réunions avec les experts en ce domaine jusqu'au jeudi, 27 février 1986;
2. Que le témoin M. Norbert Gilmore soit entendu lors d'un déjeuner le 27 février 1986, et que le greffier soit autorisé à payer les dépenses de ce déjeuner pour les membres et pour le personnel de soutien du comité, en conformité avec la politique d'accueil de la Chambre des communes;
3. Qu'en ce qui a trait à son étude sur SIDA le Comité permette au président, d'inviter Tracy Tremayne-Lloyd, Président, Section du droit de la santé de l'association du Barreau de l'Ontario;
4. Que le rapport du Comité soit déposé à la Chambre des communes à la fin du mois de mars 1986.

Jean-Luc Joncas, appuyé par Pauline Browes, recommande,—Que le rapport soit adopté.

Sur motion de Gabrielle Bertrand, il est convenu,—Que l'alinéa n° 2 du rapport soit modifié en retranchant les mots «le

Gilmore" and substituting "witnesses Drs. Norbert Gilmore, Alastair Clayton and Peter Gill" in paragraph 2.

On motion of Jean-Luc Joncas, seconded by Pauline Browes,—The Twelfth Report of the Sub-committee on Agenda and Procedure, as amended, was concurred in.

The witnesses answered questions.

At 11:02 o'clock a.m., on motion of Gabrielle Bertrand, seconded by Gus Mitges, the Committee adjourned to the call of the Chair.

témoin M. Norbert Gilmore soit entendu» et en y substituant «les témoins MM. Norbert Gilmore, Alastair Clayton et Peter Gill soient entendus».

Sur motion de Jean-Luc Joncas, appuyé par Pauline Browes,—Le Douzième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, ainsi modifié, est adopté.

Les témoins répondent aux questions.

A 11 h 02, sur motion de Gabrielle Bertrand, appuyée par Gus Mitges, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

EVIDENCE*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, February 11, 1986

• 0945

Le vice-président: À l'ordre!

J'aimerais signaler que durant l'audition des témoins, si nous obtenons le quorum nécessaire, nous interromprons l'audition pour tenter d'adopter la motion que nous n'avons pas pu adopter au cours des deux dernières réunions, faute de quorum. Nos témoins se sont prêtés gracieusement à cet exercice démocratique. Dans quelques instants, nous devrions recevoir un membre de l'Opposition. Même si les règlements adoptés le 27 novembre 1984 exigent que l'audition des témoins se fasse en présence d'au moins un membre de l'Opposition, j'estime... Voilà, madame Copps. Bienvenue, madame. Nous pouvons commencer.

Madame Copps, je disais que si nous obtenons, ce matin, le quorum de huit membres avec les autres membres de l'Opposition et du gouvernement qui viendront siéger dans les prochaines minutes, nous arrêterons l'audition des témoins pour permettre l'adoption d'une motion en rapport avec les auditions précédentes. On vous lira cette motion en temps et lieu. Nos témoins ont gracieusement accepté cette interruption.

Ce matin, nous recevons des représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurance.

From the Canadian Life and Health Insurance Association, the vice-president, Mr. Charles C. Black. We have also from the Canada Life Assurance Company, Dr. Christopher West, Medical Director, and from ManuLife, Mr. J. Donald McFarlane, vice-president of the same company. We start with Mr. Black.

Mr. Charles C. Black (Vice-President, Canadian Life and Health Insurance Association): Thank you, Mr. Chairman. Good morning. It is a pleasure to be here this morning to discuss with you some of the concerns of the life and health insurance industry with respect to AIDS. It is a very complex area, and ours is only one of the areas that is affected. However, we are very concerned with certain aspects of it. Since the first case of AIDS was identified a few short years ago in North America, many aspects of Canadian life have been affected. The potential impact for the life and health insurance industry is enormous.

I should mention that the Canadian Life and Health Insurance Association is an industry association which represents the major life and health insurance companies operating in Canada. Our member companies—there are 112 of them—write approximately 99% of the life insurance in Canada and 96% of the health insurance, which essentially encompasses disability insurance, insurance against the costs of medical expenses such as drugs and prostheses that are not

TÉMOIGNAGES*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 11 février 1986

The Vice-Chairman: Order, please!

I would simply like to mention that at some point during the meeting, we will, provided we have the necessary quorum, be interrupting our discussion with the witnesses to try and adopt the motion we have been unable to adopt at the past two meetings, because of a lack of quorum. Our witnesses have graciously agreed to let us proceed with this democratic exercise. A member of the opposition should arrive in a few moments. Although the rules passed on November 27, 1984 require that the hearing of witnesses be carried out in the presence of at least one member of the opposition, in my view... Ah, here is Mrs. Copps. Welcome. Now we can proceed.

Mrs. Copps, I was just saying that if we are able to get a quorum of eight members this morning, with the other opposition and government members who will be arriving in the next few minutes, we would like to interrupt our meeting with the witnesses to adopt a motion relating to previous hearings. This motion will be read to you at the appropriate time. Our witnesses have graciously agreed to this interruption.

This morning, we will hear from representatives of the Canadian Life and Health Insurance Association.

De l'Association canadienne des compagnies d'assurance, nous avons le vice-président, M. Charles C. Black. De la compagnie d'assurances Canada Life, nous avons le Dr Christopher West, qui en est le directeur médical, et de la société Manulife, M. J. Donald McFarlane qui en est le vice-président. Je donne d'abord la parole à M. Black.

M. Charles C. Black (vice-président, Association canadienne des compagnies d'assurance): Merci, monsieur le président, et bonjour à tout le monde. Il me fait plaisir de pouvoir assister à cette réunion ce matin pour discuter avec vous de certaines préoccupations des compagnies d'assurances pour ce qui est du SIDA. C'est un domaine très complexe, et notre secteur n'est pas le seul à en être touché. Cependant, certains aspects du problème nous préoccupent tout particulièrement. Depuis qu'on a détecté le premier cas de SIDA en Amérique du Nord il y a quelques années, de nombreux aspects de la vie canadienne ont été atteints. L'impact éventuel pour le secteur des assurances est d'ailleurs énorme.

Je devrais vous mentionner que l'Association canadienne des compagnies d'assurance représente les plus grandes compagnies d'assurances au Canada. Les compagnies affiliées, dont le nombre s'élève à 112, détiennent environ 99 p. 100 des contrats d'assurance-vie au Canada et 96 p. 100 des contrats d'assurance-maladie, ce qui couvre l'invalidité, divers frais médicaux, comme les frais des médicaments et des prothèses qui ne sont pas remboursés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie et aussi les frais des soins dentaires.

[Text]

covered under the provincial medical and health plans, and the cost of dental insurance.

• 0950

I thought I would begin with a brief overview of the subject of insurance, just so we have a perspective of what our concerns are. Insurance essentially is a risk-sharing process. It is a process that enables individuals to protect themselves against the financial consequences of some contingencies; against the consequences of some events which, for any individual, are uncertain as to their occurrence or their timing. But if or when they occur the financial results, as well as other results, could be devastating.

For life and health insurers the principal contingencies we deal with are death and disability. I think you can all see that death is an uncertainty. We know, for any individual, it is going to happen at some point in time but usually we do not know when. Disability, also a very serious happening if it occurs, is not a certainty, although there is a high probability in many situations. Of course, the individual usually does not know whether he or she will be disabled or when. So the insurance factor comes into play to protect against these uncertain events.

The insurance companies, which are members of the association, are intermediaries. They facilitate the risk-sharing process. They may be, what we call stock companies that have capital, which is contributed by shareholders, or, in the case of many of our member companies, they are mutual companies with no shareholders, operating essentially on a co-operative basis.

The insurance company is a major player in the insurance process, of course, but, when it comes to the bottom line, the claims that are paid out are paid from premium dollars that come in. So the insurer is the intermediary but the policyholder contributes the funds that are used to make this process work.

From a regulatory viewpoint the insurance companies in Canada generally are regulated by federal legislation with respect to such matters as solvency, corporate powers, eligible investments and so on. Under provincial legislation they are regulated with respect to the insurance contract, the dealing with consumers, and that type of front-line dealing with the public.

The life and health insurance industry in Canada is a vibrant and competitive one. There has been a lot of publicity recently about insurance, but none of that has been with respect to life and health insurance. It has generally been with respect to liability insurance and what we call insurance of goods—automobile insurance, homeowners insurance, etc. Generally speaking, that is a separate branch of insurance, largely involving different insurance companies.

The life and health insurance industry is also a major exporter of financial services to the United States, the United Kingdom and many other nations around the world. Thus, with respect to AIDS, our companies are concerned not only

[Translation]

J'aimerais commencer en faisant un bref survol des assurances afin de faire ressortir nos préoccupations. L'assurance consiste essentiellement en un partage des risques; elle permet à des particuliers de se protéger contre les conséquences financières pouvant être désastreuses de certains événements tout à fait imprévisibles.

Dans le cas de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, le décès et l'invalidité représentent les principaux événements imprévus. La mort est imprévisible, tout le monde le sait, même si nous savons tous que nous sommes mortels. Quant à l'invalidité, qui peut être également très grave, il s'agit également d'un événement imprévu et imprévisible, même si certaines situations y prédisposent plus facilement. Dans ce cas également il est impossible pour quiconque de prévoir s'il sera un jour atteint d'invalidité et quand il le sera. L'assurance a pour but de protéger l'assuré contre de tels risques.

Les compagnies d'assurances, membres de l'association, sont des intermédiaires, en ce sens qu'elles facilitent le processus de partage des risques. Il peut s'agir de sociétés par actions, c'est-à-dire dont le capital provient des actionnaires ou, comme dans le cas de beaucoup de nos sociétés membres, il peut s'agir de sociétés mutuelles, sans actionnaires, et fonctionnant sur une base essentiellement coopérative.

La compagnie d'assurances, et c'est évident, occupe un rôle de premier plan dans le processus d'assurance, même si en fin de compte, les prestations versées le sont à partir des primes contribuées par les assurés. C'est la raison pour laquelle on peut dire que l'assureur est l'intermédiaire alors que le détenteur de police est celui qui permet à tout ce processus de fonctionner.

D'un point de vue réglementaire, les sociétés d'assurances canadiennes sont généralement régies par une loi fédérale en ce qui concerne la solvabilité, les pouvoirs de la société, les placements possibles etc. Elles relèvent également de la législation provinciale en ce qui concerne le contrat d'assurance, les rapports avec les clients, bref tout ce qui a trait au public.

Le secteur de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie au Canada se porte bien et est très compétitif. On a beaucoup parlé de la question des assurances récemment, mais il s'agissait surtout de l'assurance-responsabilité et de ce que l'on appelle l'assurance des biens, c'est-à-dire l'assurance-automobile, l'assurance-maison etc., qui relèvent surtout d'autres compagnies d'assurances que les nôtres. On a donc peu parlé de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie récemment.

Or, ce secteur est également un exportateur important de services financiers vers les États-Unis, le Royaume-Uni et d'autres pays. Ainsi, dans le cas du SIDA, nos compagnies ne se préoccupent pas seulement des nouveaux développements au

[Texte]

with developments in Canada but with developments in the United States and other countries.

Another point I would like to make is that insurance is a voluntary process. The individual makes the decision whether to purchase insurance, how much to purchase, which company to deal with. That voluntary process requires that each applicant's risk must be evaluated and that like risks, or similar risks, must be treated the same. The risk evaluation and risk classification processes are an integral part of insurance that have developed over the years as the insurance process itself has developed, and as the range of choice of insurance products has expanded. Insurers use specialized medical evaluations and analysis of other risk factors, such as occupation, avocations and so forth, to judge how great an applicant's risk is, to evaluate the risk represented by various conditions.

• 0955

Recently we have seen the appearance of AIDS, a new and very serious risk factor. In the short time available to date, medical research has not developed either a cure or a vaccine to prevent this tragic condition. Science has made major strides, however, in isolating the virus, in identifying those groups which are at highest risk and in developing a series of tests that establish the presence of antibodies to the virus, thus determining on an individual basis whether someone in the high-risk group has or has not been exposed to the virus.

It is the high risk of death and disability associated with AIDS that make it of major interest to the insurance underwriter. Just to give you an example, here are some numbers for males at age 30 that show the number of deaths that can be expected among 1,000 individuals in several different categories within the five-year period beginning at age 30.

For persons who have just applied for insurance and been approved for insurance, within five years out of 1,000 lives we would expect 4 deaths. Of course we do not know which four—if we did then it would not be insurance—but we do know, from background expect that there will be 4 deaths out of that 1,000 within five years.

The general population is not quite as healthy as those who have just applied for insurance, but Statistics Canada does publish tables every five years based on census data, the Canadian Life tables, and this data shows that for the same category, males aged 30, over five years we would expect 7 deaths out of 1,000 in the general Canadian population.

With respect to AIDS the data is not very solid yet. New studies are being done and new information is becoming available all the time, but the data that is available indicates that those persons who are exposed to the HTLV-III virus are in a category where the expected number of deaths within five years from AIDS alone would be from 50 to 200 out of 1,000.

[Traduction]

Canada mais également aux États-Unis et dans d'autres pays du monde.

Un autre point que j'aimerais signaler est que l'assurance implique une démarche personnelle de la personne voulant s'assurer. C'est cette personne qui décide si elle veut s'assurer, pour combien, auprès de quelle compagnie, etc. Cela implique également que l'assureur doit étudier chaque demande de contrat individuellement et que des risques semblables ou similaires doivent être évalués de la même façon. L'évaluation des risques et la classification de ceux-ci forment une partie intégrante du processus d'assurance et ont été élaborées au fil des ans et au fur et à mesure que les possibilités de choix augmentaient. Les assureurs se basent sur des évaluations et diagnostics médicaux bien précis ainsi que sur l'analyse d'autres facteurs de risque, comme la profession, le métier, les activités de loisirs, les passe-temps des futurs assurés, ceci afin de pouvoir évaluer avec précision les risques possibles.

Récemment nous avons vu l'apparition du SIDA, nouveau facteur de risque extrêmement sérieux. Jusqu'à présent, la recherche médicale n'a pu mettre au point ni un traitement ni un vaccin permettant de lutter contre cette maladie tragique. La science a fait de grands pas cependant puisqu'on a pu isoler le virus du SIDA, identifier les groupes qui présentent le plus grand risque, mettre au point toute une série d'analyses permettant de déceler la présence d'anticorps contre ce virus, déterminant par le fait même et sur une base individuelle si quelqu'un se trouvant dans ce groupe à très grand risque, a ou n'a pas été exposé au virus.

C'est le grand risque de mortalité ou d'invalidité que présente le SIDA qui en font une maladie d'un très grand intérêt pour les assureurs. Pour vous donner un exemple, voici des chiffres indiquant le nombre de décès pour 1,000 hommes de 30 ans et plus dans différentes catégories.

Pour 1,000 personnes dont la demande d'assurance vient d'être approuvée, on prévoit quatre décès au cours des cinq prochaines années. Évidemment nous ne savons pas de quelles personnes il s'agira, si nous le savions il ne s'agirait plus d'assurance—mais nous savons, en nous basant sur des études générales et notre expérience passée que nous pouvons nous attendre à quatre morts par 1,000 personnes au cours des cinq prochaines années.

Le grand public n'est évidemment pas en aussi bonne santé que ces personnes qui viennent de présenter une demande d'assurance, et Statistique Canada publie des tableaux quinquennaux basés sur les données du recensement, les tables de mortalité, qui indiquent pour la même catégorie, c'est-à-dire des hommes âgés de 30 ans, sept décès pour 1,000 au cours d'une période de cinq ans.

En ce qui concerne le SIDA, les données ne sont pas encore très sûres. On procède à de nouvelles études qui révèlent de nouveaux faits tout le temps, cependant les données disponibles indiquent que les personnes qui sont exposées au virus HTLV-III se trouvent dans une catégorie où le nombre prévu de décès dus au SIDA au cours des cinq années qui viennent d'être

[Text]

Indeed, some of the most recent data that have developed indicate that those numbers are too low and that the expected deaths may be even higher. Of course the problem is that we do not have a long period of exposure to AIDS to study just what the impact will be.

Finally, for those persons with fully diagnosed AIDS the death rate is essentially 100% within a five-year period, generally within a two-year period, as we understand it. So out of 1,000 we would have 1,000 deaths there.

I hope this example shows the very substantial additional risks that are associated with AIDS in relation to the typical insurance and typical general populations.

Also of major concern are the current uncertainties as to the level of those risks. We hope that the knowledge coming out will increase the level of certainty very soon, but at this point we really cannot be sure just what that risk is.

Broadly speaking, insurance is available to Canadians through one of two processes, either through individual contracts for which each person may apply or through contracts written to insure members of a group. An example of a group contract might cover the employees of Algoma Steel or the members of the bricklayers' union. It might cover the creditors of a certain bank, a certain type of loan, or various other groups. But under group insurance the level of benefits is usually determined by the group. Also, all members of that group are usually covered so there is a wide spread of the risk. Since there is little individual choice, the underwriter evaluates the risk of that group in total rather than the risk of each individual.

At this point in time AIDS has not become a significant factor in evaluating the risk of most groups. It would be an unusual group which would have a special risk as a result of AIDS, though I suppose there could be some.

• 1000

I think we must realize that the additional claim payments that will result from AIDS will ultimately increase the cost of insurance coverage for groups as well as individuals. Under individual contracts each individual has a high degree of choice, usually ranging from not buying any insurance at all to buying several million dollars worth of insurance, and deciding when to buy. In such an environment, to make sure that all insured persons who are sharing this risk are treated fairly, each applicant's risk must be evaluated carefully.

Life and disability insurance are typically provided under non-cancellable contracts. By that I mean that once the contract is issued it cannot be modified or withdrawn by the insurer unless there has been fraud in the process of obtaining that contract. As a result of that environment, claims for AIDS-related deaths and disabilities are being paid today and will be paid in future under existing contracts. Those are the contingencies that insurance is intended to cover. Where the

[Translation]

à 200 sur 1,000. En fait, certaines données les plus récentes montrent que ces chiffres ne sont pas assez élevés et que le nombre de morts pourrait même être supérieur à ce chiffre. Le problème étant évidemment que la population n'a pas été exposée pendant assez longtemps au virus du SIDA pour que nous puissions nous rendre compte de l'importance du problème.

Finalement, dans le cas des personnes atteintes du SIDA, le taux de décès est en fait de 100 p. 100 au cours d'une période de cinq ans et généralement au bout de deux ans. Ce qui signifie 1,000 décès sur 1,000 personnes atteintes du SIDA.

J'espère que cet exemple vous montre bien quel est le surcroît de risques très important que représente le SIDA pour l'assurance.

Ce qui préoccupe aussi fortement les assureurs, c'est qu'il est très difficile de savoir exactement comment évaluer ces risques. Nous espérons que les connaissances en la matière permettront bientôt d'être fixées sur la question, mais à l'heure actuelle, nous ne pouvons pas vraiment être sûrs de l'importance des risques.

De façon générale, les Canadiens peuvent s'assurer soit par contrat individuel soit par assurance-groupe. Dans ce dernier cas, les employés de l'*Algoma Steel* par exemple ou du syndicat des maçons peuvent vouloir s'assurer en groupe, comme cela peut être le cas également de créanciers d'une banque, il peut s'agir d'une assurance pour certains genres de prêts, etc. En cas d'assurance-groupe, le niveau de garantie est généralement déterminé par le groupe. De plus tous les membres de ce groupe sont généralement couverts et par conséquent le risque est largement réparti. Étant donné qu'il y a très peu de choix personnel, l'assureur évalue le risque du groupe dans son ensemble et non le risque que représente chaque individu.

A l'heure actuelle, le SIDA n'est pas devenu un facteur important dans l'évaluation des risques de la plupart des groupes. Seul un groupe assez inhabituel pourrait présenter un risque particulier en ce qui concerne le SIDA.

Nous devons nous rendre compte que les règlements supplémentaires de sinistres tenant au SIDA augmenteront en fin de compte les frais tant d'assurance-groupe que d'assurance individuelle. Dans le cas des contrats individuels, les choix sont assez importants, pouvant aller jusqu'à l'achat d'une assurance de quelques millions de dollars. Devant de telles possibilités, et pour garantir que toutes les personnes participant à une assurance-groupe soient traitées avec équité, il faudra évaluer les risques de chacun avec le plus grand soin.

L'assurance-vie et l'assurance-invalidité font l'objet de contrats non résiliables, ce qui signifie qu'une fois le contrat signé, il ne peut être modifié ni retiré par l'assureur sauf cas de fraude de la part de l'assuré. C'est dans un tel climat que les sinistres réglés dans les cas de décès et d'invalidité imputables au SIDA sont réglés aujourd'hui et le seront à l'avenir aux termes de contrats existants. Tels sont en effet les risques qu'assument les compagnies d'assurances. Lorsque le contrat a

[Texte]

contract has been applied for and issued before the knowledge of the high risk, then the development of that risk does not affect the insurance coverage.

The principal concern insurance companies have with regard to AIDS is with regard to new applications by individuals for insurance coverage. This concern arises from a fear that some applicants may realize they are in a high-risk category and thus may attempt to select against other insured persons by applying for large amounts of insurance without disclosing the degree of their risk. Recent statements, recent advice by certain high-risk groups that their members "load up on insurance" heighten that concern.

While such contracts could be voided at time of claim if there is misrepresentation or non-disclosure on behalf of the applicant, insurers prefer to avoid such questionable situations. They prefer to evaluate the risks presented by AIDS and to deal with them at the time of the application. The needs of insurers to do so essentially are information. Insurers need information on the general condition of AIDS. Through our association, through reinsurance companies, through many forums, we have been trying to provide the most up-to-date information possible on AIDS and on what those risks are.

Companies in the life and health insurance industry act on an individual basis. Each company generally makes its own decisions within the framework of legislation and within the framework of some guidelines that the industry has adopted. But each company makes its own decision as to what rates to charge, what factors to look at in the underwriting process, and so on. This is of course very appropriate, because companies generally deal in different markets, and the impact of high-risk conditions such as heart disease or cancer or AIDS differs depending on the market that company is dealing in. For example, some companies may deal with large-amount applications; their marketing operation and their product design is geared to individuals who are applying for amounts of several hundred thousand dollars. Other companies are dealing with what we call mass-marketed insurance. Probably all of you have received with one or another credit card an application for insurance. Under those, the amounts are usually of a much more limited nature and the information that is needed to evaluate any individual risk is much less.

In summary, the concern of insurers at this point in time is not on the group insurance side with employer-employee situations—although, as I indicate, the cost there will increase. We think that is tolerable under the current level of AIDS in Canada, and are very hopeful that research will eventually develop a vaccine or a cure or that just the general information about AIDS will slow the very rapid growth of AIDS that we have seen over the last couple of years. Our concern is with individual contracts, particularly with new applications. As I

[Traduction]

été demandé et obtenu avant que l'on ne prenne connaissance des très grands risques encourus par l'assuré, le contrat est valable.

La principale préoccupation des compagnies d'assurances en ce qui concerne le SIDA porte sur les nouvelles demandes d'assurance. En effet, certaines personnes présentant une demande d'assurance tout en sachant qu'elles se trouvent dans une catégorie à très grand risque peuvent très bien vouloir s'assurer pour des sommes très importantes sans divulguer le degré de ce risque. Notre préoccupation est même renforcée à la suite des conseils qui ont été donnés récemment à des groupes se trouvant dans une catégorie présentant de très grands risques, conseils selon lesquels il serait bon que ces personnes essaient d'obtenir autant d'assurance que possible.

Si les contrats conclus de cette façon peuvent être déclarés nuls et non avenue au moment de la demande de prestations, et ceci à cause de la non-divulgaration par l'assuré de son état, les assureurs préfèrent cependant ne pas se trouver dans des situations de ce genre. Ils préfèrent évidemment évaluer les risques que représente le SIDA et les traiter comme tels au moment de la demande. Les assureurs ont par conséquent besoin d'être informés de la situation générale que présente le SIDA. C'est ainsi que nous avons essayé d'obtenir les renseignements les plus à jour possibles sur le SIDA et les risques que présente celui-ci par le truchement de notre association, des compagnies de réassurance et dans d'autres endroits également.

Les compagnies d'assurance-vie et d'assurance-maladie fonctionnent toutes de façon individuelle. Chaque compagnie prend ses propres décisions dans le cadre de la loi et de certaines lignes directrices adoptées par le secteur de l'assurance en général. Ainsi, les taux adoptés et les facteurs dont chaque compagnie veut tenir compte reflètent les décisions prises par la compagnie en question. Il s'agit là d'une façon tout à fait normale de procéder, étant donné que les compagnies s'occupent de différents marchés et que l'impact de certaines maladies à très grand risque comme les maladies cardiovasculaires, le cancer ou le SIDA, diffèrent selon le marché. Certaines compagnies se spécialisent dans les assurances très élevées; leurs opérations de commercialisation et la conception de leur produit visent les personnes qui présentent des demandes d'assurance de plusieurs centaines de milliers de dollars. D'autres compagnies s'occupent du marché de masse. Vous avez sans doute tous reçu une demande d'assurance avec l'une ou l'autre carte de crédit. Dans ces cas, les sommes assurées sont généralement beaucoup plus limitées et l'information nécessaire à l'évaluation de chaque cas beaucoup moins importante.

En résumé donc, la préoccupation des assureurs pour le moment ne porte pas sur l'assurance-groupe, même si, comme je l'ai indiqué, les coûts dans ce secteur augmenteront également. C'est normal étant donné l'importance actuelle du SIDA au Canada. Nous espérons que la recherche permettra de mettre au point un vaccin ou un traitement, ou tout simplement que l'information générale sur cette maladie permettra de ralentir la croissance très rapide du SIDA que nous avons connue au cours des deux dernières années. Nos préoccupa-

[Text]

mentioned, it is important to have information on AIDS itself. It is also essential to have information on the particular applicant. The need for a full evaluation of risk has been recognized in legislation many, many years ago under the insurance acts of the various provinces, and there is a requirement that an applicant for insurance disclose any information that is relevant to the risk. Insurance companies generally have application forms that ask questions to enable the applicant to disclose such information.

• 1005

With respect to AIDS, companies are changing their applications. They are adding questions specifically to remind the applicant that AIDS is a condition that needs to be disclosed if he or she has information, and they typically are adding questions that ask whether or not you been treated for AIDS or are aware that you have AIDS, that type of question.

Also, in evaluating a risk, if insurers have some concern that they may not have enough information about that applicant's risk, they may request a medical examination independently; they may request information from the applicant's attending physician, with the applicant's consent, of course; and they may order X-rays, urinalyses, blood tests, any information that will help remove the uncertainty that exists. If that uncertainty can be removed, then the insurance company can go ahead and issue that insurance. Without that information, the insurance could not be issued.

Finally, one of the major concerns insurance companies have with AIDS, as with other medical conditions . . . I would like to stress that companies throughout the lifetime of insurance have been dealing with highly personal information concerned with cancer, with heart disease, with alcoholism. Life and health insurance is personal insurance and personal information is involved, so a high degree of concern with privacy and with confidentiality has been typical of the insurance companies.

Some years ago, in the latter part of the 1970s, companies began to formalize their guidelines with respect to confidentiality, and in 1980 our association adopted as a condition of membership in the association some principles regarding privacy to ensure that personal information is treated with the utmost confidence and is used only for those purposes for which it is needed in the insurance process, to determine whether or not someone qualifies for insurance and at what rates and to determine whether or not someone qualifies for benefits; for example, with disability insurance.

AIDS illustrates how important those confidentiality principles are and how important it is for insurers to adhere to those principles. In many respects we think the concerns with AIDS are the same or very similar to those of other conditions, although of course, AIDS is new and it is a very, very serious

[Translation]

tions se portent surtout sur les contrats individuels, particulièrement les nouveaux contrats. Comme je l'ai mentionné, il est important d'obtenir des renseignements portant sur le SIDA lui-même. Il est également essentiel d'avoir des renseignements complets sur le client. La nécessité de permettre à l'assureur de bien peser les risques est d'ailleurs reconnue depuis longtemps dans les diverses lois provinciales en matière d'assurance. Ces dernières exigent que le client divulgue tout renseignement susceptible d'augmenter les risques. En règle générale, les formules des compagnies d'assurance comportent un certain nombre de questions qui permettent au client de fournir ces renseignements.

A cause du SIDA, les compagnies d'assurance sont actuellement en train de modifier leurs formules. Certaines questions seront ajoutées pour rappeler au client qu'il doit absolument divulguer s'il est atteint du SIDA; généralement, on le prie d'indiquer s'il a déjà été soigné pour cette maladie ou s'il croit en être atteint, et autres questions du même genre.

De plus, lorsqu'il fait l'évaluation des risques, si l'assureur est convaincu qu'il n'a pas suffisamment de renseignements au sujet du client, il peut décider de faire appel à un médecin pour qu'il l'examine. La compagnie d'assurance peut demander au médecin traitant du client de lui fournir certains renseignements, avec le consentement du client, bien entendu; elle peut exiger des radios, différentes analyses comme l'analyse d'urine, ou tout renseignement de nature à dissiper toute incertitude. Si, la compagnie d'assurance arrive à éliminer cette incertitude, elle peut assurer le client. Mais en l'absence de renseignements suffisants, cela est impossible.

Enfin, l'une des plus grandes inquiétudes des compagnies d'assurance en ce qui concerne le SIDA, comme les autres problèmes médicaux . . . et je voudrais insister sur le fait que les compagnies d'assurance ont l'habitude d'obtenir des renseignements très personnels vu l'incidence de cancers, des maladies cardio-vasculaires et de cas d'alcoolisme. L'assurance-vie et l'assurance-santé sont des assurances très personnelles qui nécessitent la divulgation de renseignements très personnels; aussi, les compagnies d'assurance ont-elles l'habitude de considérer ces renseignements comme extrêmement confidentiels.

Il y a quelques années, vers la fin des années 1970, les compagnies d'assurance ont commencé à établir des directives officielles sur la confidentialité. En 1980, d'ailleurs, notre association a adopté comme nouveau critère d'adhésion à l'association, un certain nombre de principes sur la confidentialité afin de nous assurer que les renseignements d'ordre personnel resteront confidentiels et qu'ils serviront uniquement à des fins légitimes dans le cadre de l'évaluation de la demande et de la détermination des barèmes primes et de prestations le cas échéant; je songe, par exemple, à l'assurance-invalidité.

Le cas du SIDA permet justement de démontrer l'importance de ces principes de confidentialité et l'importance du respect de ces principes par les assureurs. Dans une large mesure, nous estimons que les problèmes associés au SIDA sont les mêmes, ou presque, que ceux qui sont associés à

[Texte]

condition. As I indicated, we are pleased to share with you some of our concerns and would be pleased to respond to your questions and to provide as much information as we possibly can on this aspect of this very serious condition.

Le vice-président: Merci beaucoup, monsieur Black. Tel que prévu, nous suspendrons temporairement l'audition pour adopter le douzième rapport . . .

Mme Copps: Monsieur le président, il serait bon qu'on termine avec les témoins pour qu'ils puissent partir.

Le vice-président: Non. Nous avons deux autres témoins à entendre. Il ne nous faudra pas plus de cinq minutes, je pense, madame Copps. Y a-t-il des objections? Je pense que tout le monde peut réserver ses questions. Ce ne sera pas long.

Voyons maintenant le document qu'on vous a passé. Il concerne le douzième rapport.

Le Sous-comité du programme et de la procédure s'est réuni, le lundi 3 février . . . Il formule les recommandations suivantes concernant les travaux sur le SIDA. Le Comité permet au président de préparer des réunions avec les experts en ce domaine jusqu'au jeudi 27 février 1986.

• 1010

Secondly, that the witness, Dr. Norbert Gilmore, and also Dr. Clayton and Dr. Gill, be heard at a luncheon meeting on February 27, 1986, and that the clerk be authorized to pay the expenses for this lunch for members and staff of the committee in accordance with the hospitality policy of the House of Commons.

Concernant son étude sur le SIDA, que le Comité permette au président d'inviter Tracy Tremayne-Lloyd, présidente de la section du droit de la santé, de l'Association du Barreau de l'Ontario.

And finally, that the committee report its 1986.

Madame Bertrand.

Mme Bertrand: Monsieur le président, avant de faire une proposition pour adopter le rapport, je voudrais faire une remarque sur la traduction française. Il y a plusieurs fautes de français. Mais, surtout à l'article 1, la traduction française ne reflète pas l'articulation en anglais où il est dit: *to arrange further meetings*; on ne mentionne pas <<avec les experts>>. On le dit dans le texte français. Je ne sais pas quel texte il faudrait corriger.

Le vice-président: Très bien.

Mme Bertrand: Il faudrait ajouter en anglais: *to arrange further meetings with experts*.

The Vice-Chairman: Okay.

[Traduction]

d'autres maladies, bien que le SIDA soit relativement récent et, bien entendu, très grave. Comme je vous l'ai déjà indiqué, c'est avec plaisir que nous avons partagé avec vous certaines de nos préoccupations, et nous serons maintenant très heureux de répondre à vos questions et de vous fournir le plus de renseignements possible sur cet aspect du problème.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Mr. Black. As planned, we will now suspend the hearing temporarily to adopt the twelfth report . . .

Ms Copps: Mr. Chairman, I think it might be better for us to finish our discussion with the witnesses so that they could leave.

The Vice-Chairman: No, as we do have two other witnesses to hear from. In any case, I do not believe we will need any more than five minutes, Mrs. Copps. Does anyone object? I believe we can all reserve our questions for a few moments. It certainly will not take long.

Could you kindly have a look at the document which has just been handed out. It has to do with the twelfth report.

The Subcommittee on Agenda and Procedure met on Monday, February 3, 1986 . . . It agreed to make the following recommendations regarding the committee's work on AIDS. Firstly, that the chairman be authorized to arrange further meetings and to schedule meetings through Thursday, February 27, 1986;

Deuxièmement, que le témoin M. Norbert Gilmore soit entendu lors du déjeuner le 27 février 1986, et que le greffier soit autorisé à payer les frais de ce déjeuner pour les députés membres du Comité et pour le personnel de soutien en conformité avec la politique de la Chambre des communes relative aux frais de représentation.

That, in relation to its study on AIDS, the Chairman be authorized to extend an invitation to appear to Tracy Tremayne-Lloyd, Chairman, Health Law Section of the Ontario Bar Association.

Et, finalement, que le rapport du Comité soit déposé à la Chambre des communes à la fin du mois de mars 1986.

Mrs. Bertrand.

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, before putting forward a motion for concurrence in the report, I would simply like to mention the French version of the text. First of all, there are several grammatical errors. But, the main thing that I want to point out is in the first paragraph where the English text does not correspond to the French as it only says "to arrange further meetings"; there is no mention of "experts" as there is in the French text. I am not sure which of the two should be corrected.

The Vice-Chairman: Thank you.

Mrs. Bertrand: I believe the English text should be changed so that it reads: "to arrange further meetings with experts".

Le vice-président: D'accord.

[Text]

Oui, madame.

Mme Copps: J'aimerais savoir pourquoi on prendra le lunch avec ces témoins alors qu'on ne l'a pas fait avec les autres?

Mme Bertrand: Puis-je répondre, monsieur le président?

La rencontre se ferait à huis clos. Nous avons déjà rencontré le Dr Gilmore et nous voudrions lui poser d'autres questions. Elles concernent surtout le budget du ministère pour la recherche sur le SIDA.

Mme Copps: Mais pourquoi est-ce à huis clos?

Mme Bertrand: Il s'agit de politique interne. Le Comité voudrait lui poser d'autres questions.

Le vice-président: Avec l'accord de l'opposition, d'ailleurs.

Mme Copps: Mais s'il faut parler de budget, je ne vois pas la raison du huis-clos.

Le vice-président: D'autres questions touchent la recherche et le développement. Ces spécialistes ont déjà présenté un exposé. Ce serait une mise à jour. Il y a déjà un bout de temps qu'ils ont fait cet exposé. Ils ont de nouvelles données à nous communiquer.

Mme Copps: S'agit-il d'études qui se font actuellement?

Le vice-président: Voilà. C'est une mise à jour. Nous devons déposer notre rapport à la fin de mars, comme l'indique l'article 4. Nous voulons que les spécialistes qui fourniront les données techniques du rapport puissent nous remettre des données à jour.

Mme Copps: C'est le Dr Gilmore qui s'occupe de cette recherche?

Le vice-président: Oui, avec le Dr Clayton.

Mme Copps: Très bien.

Le vice-président: C'est pour nous communiquer les dernières données sur l'évolution de la maladie et les mesures à entreprendre. On traitera probablement des besoins de la recherche et de l'information du public, d'une campagne d'information publique. On a parlé aussi de coordonner le tout avec certains autres groupes.

Il s'agit donc d'une toute dernière mise à jour.

Mme Copps: Très bien. S'il est question de la recherche qui se fait actuellement je suis tout à fait d'accord avec le huis-clos. Mais je ne vois aucune raison pour que la question budgétaire soit traitée à huis clos. Pour les questions de recherches, c'est bien évident qu'on ne veut pas publier des résultats partiels.

Le vice-président: Non, il ne s'agit pas de débattre les sommes d'argent à consacrer à la recherche non plus. C'est plutôt pour nous indiquer les grandes lignes générales. Vos collègues de l'opposition étaient d'accord avec cette procédure.

[Translation]

Yes, Mrs. Copps.

Mrs. Copps: I would like to know why we are having lunch with this particular witness, when it was not done for the others?

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, could I be allowed to respond?

The meeting is to be held "In Camera". We have already met with Dr. Gilmore once, but would like to ask him some additional questions regarding the departmental budget for AIDS research.

Mrs. Copps: But why does the meeting have to be held "In Camera"?

Mrs. Bertrand: Well, it relates to internal policies. The committee has a number of other questions to put to him.

The Vice-Chairman: With the agreement of the opposition, I should point out.

Mrs. Copps: But if the subject of the discussion is the budget, I see no reason for the meeting to be held "In Camera".

The Vice-Chairman: We will also be discussing research and development. These experts already made a presentation to us, and this time, they are going to update that information, as it has been a while since we heard from them. They have some new data to give us.

Mrs. Copps: Do they relate to studies currently being carried out?

The Vice-Chairman: Yes, absolutely. It is an update, if you like. We have to table our report at the end of March, as stated in paragraph 4. Consequently, we would like the experts, on whose technical data the report will be based, to update the information we have received so far.

Mrs. Copps: Is Dr. Gilmore in charge of this research?

The Vice-Chairman: Yes, with Dr. Clayton.

Mrs. Copps: Fine, thank you.

The Vice-Chairman: The purpose of the meeting is to provide us with the latest data on the way this disease seems to be developing and what steps can be taken. We will probably be discussing the need for research and a public information campaign. It is also possible we will discuss coordinating the whole thing with a number of other groups.

So, this is really only a final update.

Mrs. Copps: Fine. If the discussion is to centre on research currently being carried out, I certainly agree that it should be held "In Camera". But I see no reason why a budgetary matter or a public information campaign could not be discussed in public. When research is involved, one obviously does not want only partial results to be published.

The Vice-Chairman: Well, we have no intention of debating how much money should be spent on research. The idea is really to give us an indication of what the general guidelines should be. Your colleagues from the Opposition were in

[Texte]

Il n'y a rien de mystérieux ou d'ésotérique dans cette rencontre.

Mme Copps: Très bien.

Le vice-président: Est-ce clair? Y-t-il d'autres explications?

M. Joncas propose la motion.

La motion est adoptée à l'unanimité.

• 1015

Le vice-président: En remerciant les témoins pour leur patience, nous entamons maintenant la période des questions. M^{me} Copps va commencer; je lui donne la parole.

Ms Copps: Yes, I think most of your brief was quite clear. The area I am interested in is the final discussion on the issue of personal information. How do you define personal information?

Mr. Black: Perhaps I could give a general comment and then I will ask Mr. McFarlane to comment.

Generally, we define personal information or relevant information—as I indicated we are dealing with insurance of the person. In essence, all information is personal, whether it is health, occupation, hobbies, smoking habits, drinking habits, etc. We basically define information on whether it is relevant to the risk. If it is not relevant to the risk, we do not have any purpose in knowing that, we do not have any interest in knowing that. If it does bear on the individual's risk, then it is relevant to the insurance process and to treating all insured persons fairly.

Mr. J. Donald McFarlane (Assistant Vice-President, ManuLife): I would just like to add that we do get a lot of financial information as well, that we get audited financial statements from businesses and individuals. And that kind of personal information is kept private. We get a lot of information about potential drug use or previous drug use, or alcoholism, perhaps some sexual diseases. All of this is extremely private information that individuals do not wish to see revealed and which we, as insurers—we are given that information in confidence—treat confidentially. We respect the privacy of the individuals.

Ms Copps: Would you consider sexual orientation to be relevant personal information?

Mr. Black: Generally not. Sexual orientation is a high-risk group. Homosexual males have been identified as a high-risk group and this could be important information with regard to a risk factor. As I indicated, the existence of the blood test does allow individuals to be evaluated as to whether they as individuals are at serious risk, and not just on the basis of their sexual orientation. So we really feel the value of the test is enabling companies to get away from focusing on factors, such as sexual orientation, which really are not perfect, perhaps not even good indicators of the risk. The more specifically we can identify the risk, the better.

Ms Copps: But in terms of the legislation that governs you at the moment on a provincial level, vis-à-vis identifying

[Traduction]

complete agreement with this procedure. There is nothing mysterious or esoteric about this meeting.

Mrs. Copps: Fine.

The Vice-Chairman: Have we cleared this up to everyone's satisfaction now?

Mr. Joncas moves the motion.

The motion is adopted by unanimous consent.

The Vice-Chairman: We thank the witnesses for their patience. We will now start the question period with Mrs. Copps.

Mme Copps: Votre exposé dans l'ensemble m'a paru très clair. La question qui m'intéresse est celle des renseignements personnels. Comment définissez-vous les renseignements personnels?

M. Black: Permettez-moi de faire une observation d'ordre général, et je donnerai ensuite la parole à M. McFarlane.

De façon générale, les renseignements personnels ou pertinents—comme je l'ai dit, nous assurons des personnes—sont des renseignements concernant la santé, le travail, les loisirs, les habitudes du client: fume-t-il, boit-il, etc.? Nous définissons l'information en fonction de sa pertinence à l'égard du risque. Si elle n'est pas pertinente, elle ne nous intéresse pas. Si elle influence le risque, elle est pertinente pour la compagnie d'assurance, et nécessaire si l'on veut traiter tout le monde de façon équitable.

M. J. Donald McFarlane (vice-président adjoint, Manuvie): Nous obtenons aussi beaucoup de renseignements d'ordre financier, des états financiers vérifiés d'entreprises et de comptes personnels. Tout cela est confidentiel. Nous avons des renseignements concernant la toxicomanie, présente ou passée, l'alcoolisme, les maladies vénériennes. Ce sont des renseignements extrêmement confidentiels que les intéressés veulent garder confidentiels et que les assureurs étudient de la façon qu'on les leur a donnés, c'est-à-dire confidentiellement. Nous respectons la vie privée de nos clients éventuels.

Mme Copps: L'orientation sexuelle est-elle d'après vous une information pertinente?

M. Black: En général, non. L'orientation sexuelle peut avoir une influence sur le risque. Les homosexuels font partie du groupe à hauts risques et cela peut être important lorsque l'on calcule le facteur risque. Comme je l'ai dit, les analyses de sang nous permettent d'évaluer les risques individuels, en ne tenant pas uniquement compte de l'orientation sexuelle. Nous estimons donc que le test est valable en ce qu'il permet aux compagnies de ne pas tenir compte de facteurs comme l'orientation sexuelle qui sont loin d'être des indicateurs parfaits du risque. Plus nous pouvons être précis dans l'identification du risque et mieux cela vaut.

Mme Copps: Mais en ce qui concerne les lois provinciales régissant l'obtention des renseignements, vous ne demandez

[Text]

information, you are not making any suggestions for changes in information that may or may not be allowed? You are fairly satisfied that at the moment you can cover both individuals and groups, using the combination of information as well as medical tests that are available?

Mr. Black: Yes, I would say so. With the level of uncertainty that exists, I think the existing legislation serves us reasonably well. Is there any change that you would see, Dr. West?

Dr. Christopher West (Medical Director, Canada Life Assurance Company): No, I do not think so.

Mr. McFarlane: I do not think sexual orientation has been a factor in our underwriting. I think until the emergence of AIDS most companies were not asking the question and were not concerned about whether the information came out inadvertently or not.

Ms Copps: All right. I guess my concern is whether that would be revised in light of your identification of the risk group. For example, the table on page 2 talks about expected deaths within 5 years, per 1,000 lives. Persons with full known AIDS are listed as 1,000 expected deaths within a 5-year period.

If you are willing to say that you will not be asking questions about sexual orientation that satisfies my concerns.

Mr. McFarlane: We will not be asking such questions. I think we will be looking at the history of the individuals. If they show signs of AIDS or any of the precursors of AIDS, then of course we might be asking for additional information.

• 1020

I think also we would not be asking for the tests unless the amounts were significant. It may be that the companies—and I cannot speak for all companies at the moment—will, as they have in the United States, establish limits based on age and amount. They routinely get the test above those amounts, but not routinely below.

Ms Copps: Could you tell me what you mean by "amount"—amount of . . . ?

Mr. McFarlane: The amount of insurance. If it is, say, over \$100,000 or \$250,000, then we may ask for the test routinely, as we do now for urinalyses or medical examinations or ECGs.

Mr. Black: Cholesterol is another example.

Mr. Lesick: I was going to proceed a bit further in this area about determination of high-risk individuals. I think Ms Copps has pretty well explored that part. But you do not have any place in your questionnaire that would say, are you a homosexual, or, are you a lesbian?

Mr. McFarlane: That is correct. We do not.

Mr. Lesick: So you do not have it. Do you expect to have it?

[Translation]

pas de modification? Vous estimez que pour le moment vous pouvez évaluer les risques individuels et collectifs grâce aux renseignements qu'il vous est permis de demander et aux tests médicaux disponibles?

M. Black: Je dirai que oui. Compte-tenu du niveau d'incertitude, je dirai que la loi est raisonnable. Entrevoyez-vous des changements possibles, docteur West?

Dr Christopher West (directeur médical, Canada Life Assurance Company): Non, je ne crois pas.

M. McFarlane: Je ne crois pas que l'orientation sexuelle soit un facteur d'assurance. Jusqu'à l'apparition du SIDA, la plupart des compagnies ne posaient pas la question et si l'information était révélée par inadvertance, cela ne les intéressait pas.

Mme Copps: Très bien. Je voulais savoir si l'on recherchait des changements en raison de l'identification d'un groupe particulièrement vulnérable. Par exemple, le tableau de la page 2 donne le nombre de décès prévus dans les cinq ans sur 1,000 vies. Parmi les personnes atteintes du SIDA, on prévoit 1,000 victimes au cours des cinq prochaines années.

Si vous êtes prêt à dire que vous ne poserez aucune question concernant l'orientation sexuelle, je suis satisfaite.

M. McFarlane: Nous ne posons pas ce genre de questions. Nous examinerons les antécédents du client éventuel. Si nous découvrons des symptômes du SIDA ou des signes précurseurs, nous demanderons alors peut-être des renseignements supplémentaires.

Je ne pense pas non plus que nous demanderons des analyses à moins que le montant ne soit très élevé. Les compagnies pourraient—je ne peux pas parler au nom de toutes les compagnies actuellement—mais elles pourraient, comme elles l'ont fait aux États-Unis, fixer des limites en fonction de l'âge et du montant. Le test est exigé systématiquement à partir d'un certain montant, mais pas en dessous.

Mme Copps: Pouvez-vous me dire ce que vous entendez par «montant»—montant de . . .

M. McFarlane: Le montant de la police. Pour les polices supérieures à 100,000\$ ou 250,000\$, mettons, nous pourrions systématiquement exiger le test, tout comme nous exigeons actuellement des analyses d'urine, des visites médicales ou des électrocardiogrammes.

M. Black: Ou un test pour le cholestérol, par exemple.

M. Lesick: Je voudrais poser encore une question à propos de l'identification des personnes présentant des risques élevés. Je crois que M^{me} a pratiquement couvert le sujet. Mais dans votre questionnaire vous ne posez pas la question: êtes-vous homosexuel, ou êtes-vous lesbienne?

M. McFarlane: Non.

M. Lesick: Vous ne posez donc pas la question. Pensez-vous la poser à l'avenir?

[Texte]

Mr. McFarlane: No, we do not.

Mr. Lesick: A couple of questions on your preamble, before you came up to the AIDS part. You said that insurance payouts are from premiums from other people who have taken out insurance. Surely you have investments as well that you make money on. Furthermore, a little after that you mention that your industry is a competitive one and a major exporter of financial services to the United States and possibly other countries. Would you kindly explain that aspect, please?

Mr. Black: First of all, you are quite correct. Premiums that are received and that are not needed immediately to pay claims are invested and form a substantial portion of the capital base of the country. The investment return on those investments is used as well as the premium to pay the claim. I have tried to be very general in the comments, and that is a good point that perhaps was glossed over.

About the exporting of insurance, if you obtained a list of the major insurance companies operating in the United States, you would see a very impressive ranking of Canadian companies in that list: Manufacturers, which Mr. McFarlane represents, Canada Life, Confederation Life, Great West Life, SunLife. Canada has been recognized as having a very stable and very sound, very solvent insurance industry. They have been very successful in marketing their products in other countries, particularly the United States and the United Kingdom.

In the same way, some of the major American and British firms are operating in Canada, and generally with separate operations in Canada. But on a net basis the Canadian companies do very well and can compete very well with other companies around the world.

Mr. McFarlane: Manufacturers is very active in the United States, and about 60% to 70% of our new business is sold in the United States. I happen to work in the re-insurance division of the United States. Re-insurance does business with other life companies who may not wish to retain all of the risk on the policies they sell. Last year we in the re-insurance division did approximately \$11 billion worth of face amount of insurance. Of that about 95% was in the United States. So Manufacturers is exporting its services to the United States, and to a lot of other countries abroad.

As for the investment, that was a good question. We do of course assume a certain rate of investment in the pricing of all the products we sell; a certain rate of return. If we did not assume we were going to accumulate the premiums and earn money on them, then we would perhaps have to double our premiums. But the investment earnings are assumed in pricing all of our products.

Mr. Lesick: Are the premiums in Canada lower because you are able to export your services to other countries?

Mr. McFarlane: Actually we use different mortality tables for the United States and Canada. Most of the large companies will use internally generated tables based on their own experience. But the size of the operation and the fact that we do a lot of business in the United States means that we can spread the corporate overhead over all of our policies. There-

[Traduction]

M. McFarlane: Non. Ce n'est pas prévu.

M. Lesick: J'ai quelques questions portant sur votre préambule, avant que vous ne parliez du SIDA. Vous dites que les réclamations sont réglées à même les primes versées par les assurés. Vous devez certainement avoir des placements qui vous rapportent. En outre, un peu plus loin, vous dites que les assurances sont très compétitives et qu'elles sont grandes exportatrices de services financiers aux États-Unis, et même dans d'autres pays. Pourriez-vous élaborer, s'il vous plaît?

M. Black: Tout d'abord, vous avez parfaitement raison. Les primes perçues qui ne servent pas directement au règlement des réclamations sont placées et représentent une part importante du capital du pays. Le montant rapporté par ces placements se combine avec les primes et sert au règlement des réclamations. J'ai essayé de m'en tenir à des commentaires très généraux et j'ai peut-être négligé un point important.

En ce qui concerne l'exportation des assurances, si vous aviez une liste des principales compagnies actives aux États-Unis, vous verriez que bon nombre de compagnies canadiennes y figurent en très bonne place: la Manufacturers, que représente M. McFarlane, Canada Life, Confederation Life, la Great-West, Sun Life. Les assurances canadiennes ont la réputation d'être stables, solides, solvables. Elles ont très bien su commercialiser leurs produits à l'étranger, en particulier aux États-Unis et en Grande-Bretagne.

De la même façon, certaines grandes compagnies américaines et britanniques sont présentes au Canada, où elles ont généralement des filiales distinctes. Mais les compagnies canadiennes font de très bonnes affaires et elles offrent une forte concurrence aux autres compagnies à l'étranger.

M. McFarlane: La *Manufacturers* est très active aux États-Unis, où nous plaçons environ de 60 à 70 p. 100 de nos nouvelles polices. Je travaille à la Division de la réassurance aux États-Unis. La réassurance consiste à faire prendre en charge une partie du risque par des polices placées par d'autres compagnies d'assurance-vie. L'année dernière, la Division de la réassurance a assuré environ 11 millions de dollars en valeurs nominales, dont environ 95 p. 100 aux États-Unis. La *Manufacturers* exporte donc ses services aux États-Unis, ainsi que dans de nombreux autres pays.

Quant aux placements, c'est une bonne question. Nous tenons bien sûr compte, dans le prix de nos produits, d'un certain taux de rendement sur nos placements. Si nous ne comptons pas accumuler des primes et les placer à profit, nous serions sans doute obligés de doubler nos primes. Nous calculons donc toujours le prix de nos produits en fonction d'un certain rendement prévu sur nos placements.

M. Lesick: Les primes sont-elles moins élevées au Canada du fait que vous exportez vos services?

M. McFarlane: En fait, les tableaux de mortalité ne sont pas les mêmes aux États-Unis qu'au Canada. La plupart des grandes compagnies ont leurs propres tableaux établis en fonction de leur propre expérience. Cependant la taille de nos opérations et le fait que nous faisons beaucoup d'affaires aux États-Unis signifient que nous pouvons répartir les frais

[Text]

fore I think it would be fair to say, yes, our costs in Canada are lower because we are able to divide that corporate overhead over the United States operations and our other foreign operations.

• 1025

Mr. Lesick: With regard to AIDS, you are going out to other countries. In the United Kingdom, France, and the United States, there is a greater proliferation of AIDS there than here. Might this be one reason why you would consider a lower premium in Canada as well, because of the small number of AIDS in this country?

Mr. McFarlane: That will be one factor. AIDS has not been factored into our pricing so far.

Mr. Lesick: Not yet.

Mr. McFarlane: But Canadian mortality on the population level tends to be slightly lower than the United States. I think it fair to say that our mortality assumption in Canadian products is slightly lower than the assumption in U.S. products.

Mr. Lesick: Thank you very much.

Mr. Black: Excuse me, I just might supplement that. Another variable there could be investment return. Traditionally investment return is higher in Canada, so pricing of Canadian products would assume a higher interest rate than would be true in the United States as well.

The Vice-Chairman: Mr. John Gormley.

Mr. Gormley: Thank you, Mr. Chairman. I have a couple of questions to our guests, one specifically on the costs involved. Understanding or, I suppose, prefacing that AIDS is not completely prevalent within the Canadian population to a large numerical extent, could you give us an estimate of what it would have cost the insurance industry in the past year, for example, in actual dollars—the particular attention to AIDS?

Mr. Black: I do not have any figures on the claims that have been paid. One of the difficulties is that until a few months ago AIDS was not identified as a separate cause of death by the insurance companies. We do know that companies have paid claims on deaths arising as a result of AIDS, but I do not have any overall industry figures. Can you give any data, Chris?

Dr. West: I do not know whether the figures in the United States would help, but the estimated cost of looking after a patient for hospitalization from the time of illness until death is estimated at \$147,000. With the total number of cases, that ran the hospital bill to about \$1.2 billion. With the loss of income and so on, it would include about \$6 billion. Every Canadian company at the moment has claims on their books to date; I think most of them at the moment are only around 6 or 7 each, whereas the larger companies in the United States are up to 60, 70, 100.

[Translation]

généraux entre toutes les polices. Il serait donc juste de dire que les coûts encourus au Canada sont inférieurs précisément parce que nous pouvons répartir les frais généraux de notre société sur nos opérations aux États-Unis et dans d'autres pays.

M. Lesick: En ce qui concerne le SIDA, il semble que les cas de SIDA soient plus fréquents au Royaume-Uni en France et aux États-Unis qu'au Canada. Est-ce en partie pour cette raison que les primes sont chez nous inférieures à celles de ces pays?

M. McFarlane: C'est un facteur. Cependant il faut savoir que nos prix ne tiennent pas encore compte du risque que représente le SIDA.

M. Lesick: Vraiment!

M. McFarlane: Le taux de mortalité pour la population canadienne en général est légèrement inférieur à celui des États-Unis, et nos hypothèses de mortalité au Canada sont quelque peu inférieures à celles des États-Unis.

M. Lesick: Merci.

M. Black: J'aimerais intervenir pour signaler qu'une autre variable dont il faut tenir compte est le bénéfice sur les investissements, qui traditionnellement est plus élevé au Canada. Ainsi, l'évaluation du prix des produits canadiens comporterait un taux d'intérêt plus élevé qu'aux États-Unis.

Le vice-président: Monsieur John Gormley.

M. Gormley: Merci, monsieur le président. J'aimerais poser quelques questions à nos témoins et une en particulier sur la question des coûts. Si l'on tient compte du fait que l'incidence du SIDA n'est pas très grande dans la population canadienne, pourriez-vous nous donner une idée des répercussions financières qu'a pu avoir le SIDA sur les assurances au cours de la dernière année?

M. Black: Je n'ai pas de chiffres concernant les sinistres qui ont été réglés. Une des difficultés est que jusqu'il y a quelques mois le SIDA n'a pas été identifié comme cause précise du décès par les compagnies d'assurance. Nous savons que les compagnies ont réglé des sinistres à la suite de décès provoqués par le SIDA, mais je n'ai pas les chiffres globaux. Pourriez-vous nous en parler, monsieur West.

Dr. West: Je ne sais pas si les chiffres américains vous seraient utiles, mais les coûts d'hospitalisation d'un patient atteint de SIDA depuis le début de la maladie jusqu'à sa mort est évalué à 147,000\$. Étant donné le nombre total de cas, les indemnités d'hospitalisation s'élevaient à environ 1.2 milliard de dollars. Étant donné la perte de revenu et etc., cela représente une somme de 6 milliards de dollars environ. Chaque compagnie d'assurance canadienne est en train d'étudier des demandes de prestations à l'heure actuelle. Ici, il ne s'agit pour chacune que de 6 ou 7 alors qu'aux États-Unis il s'agit de 60, 70 même 100 pour les grandes compagnies.

[Texte]

Mr. Gormley: When you say 60, 70, is that million at this point, or cases?

Dr. West: Cases.

Mr. McFarlane: May I add a comment?

Mr. Gormley: Please do.

Mr. McFarlane: Again I have to apologize for using U.S. statistics, but many companies in the States are reporting that anywhere from 3% to 4.5% of their claims are due to AIDS.

Mr. Gormley: So it is that significant, then—3% to 4%?

Mr. McFarlane: It is that significant in the United States. Now, the incidence in Canada is lower, but whether or not we will approach that level we do not know.

Dr. West: I think another interesting point in terms of United States claims is that the average claim is \$50,000, whereas the average claim for AIDS cases is \$220,000.

Mr. Gormley: Is there anything to attribute that to?

Dr. West: Selection, anti-selection. People knowing that they have AIDS or might get AIDS get more insurance or ask for more insurance than they would ordinarily be entitled to. One company recently in the United States had an application for \$2.5 million; the blood test was positive, it was turned down, and the applicant actually apologized for asking \$2.5 million.

Mr. Gormley: This leads to my question. Again, we will have to use American figures obviously, if it is more clearly documented. The relative costs now, if we look at the demography... I presume we are dealing with males in a reasonably narrow group, 25 to 40, if I could surmise on your part. How does the pay-out compare against using that demographic group's contribution into insurance? Is there still more in premiums being paid than there are claims being paid out?

• 1030

Mr. Black: I think the fairest answer is that it is too early to tell. One of the objectives we have had in communicating to our member companies is to keep it in perspective. The numbers of cases and deaths, certainly in Canada at this point, are not at a panic level. It is easy to become very concerned, and the potential in the years ahead is of great concern, but at this point in time AIDS is not even among the top five causes of death, as I understand it. But it is a factor; it is increasing the costs.

At this point in the area you are pursuing I think the answer would be yes, that the impact is within the range of tolerability in that area, and with areas such as group insurance, where employers and unions cover their employees or their members, usually the costs are adjusted at least on an annual basis so these costs would be adjusted fairly readily to keep that

[Traduction]

M. Gormley: Lorsque vous parlez de 60 ou 70, s'agit-il de millions ou de cas?

Dr West: De cas.

M. McFarlane: Pourrais-je ajouter un commentaire?

M. Gormley: Certainement.

M. McFarlane: Je m'excuse une fois de plus d'utiliser des statistiques américaines, mais beaucoup de compagnies d'assurance américaines signalent que 3 à 4.5 p. 100 de tous les sinistres ont trait au SIDA.

M. Gormley: Et ces 3 ou 4 p. 100, est-ce là un chiffre important?

M. McFarlane: C'est important aux États-Unis. L'incidence est moins grande au Canada, cependant nous ne savons pas si nous allons connaître une telle situation.

Dr West: Il est intéressant de noter qu'aux États-Unis le sinistre moyen s'élève à 50,000\$, alors que dans le cas du SIDA il s'agit de 220,000\$.

M. Gormley: À quoi peut-on attribuer cela?

Dr West: Au choix. Les personnes sachant qu'elles ont le SIDA ou qu'elles pourraient en être victimes demandent une assurance plus importante. Une compagnie américaine a reçu récemment une demande d'assurance de 2.5 millions de dollars. L'analyse sanguine s'est révélée positive, et la demande a été rejetée. La personne qui l'avait présentée s'est excusée d'avoir demandé un tel montant.

M. Gormley: Cela m'amène à poser la question suivante, et nous allons devoir utiliser des chiffres américains sans doute. Les frais relatifs, du point de vue démographique... Je suppose que nous avons affaires à des hommes dans un groupe d'âge assez restreint c'est-à-dire de 25 à 40 ans, n'est-ce pas? Comment le règlement des prestations se compare-t-il aux primes versées par ce même groupe aux assurances. Le montant des primes, en d'autres termes, dépasse-t-il encore le montant des prestations?

M. Black: La meilleure réponse que l'on pourrait donner à cette question est qu'il est encore trop tôt pour en juger. Dans nos communications avec nos sociétés membres, nous cherchons à garder le sens des proportions. Le nombre de cas et de décès, en tout cas au Canada à l'heure actuelle n'est pas encore alarmant. Il est facile d'être préoccupé par cette question et il est certain que nous nous préoccupons énormément de l'avenir, mais pour le moment, le SIDA ne figure pas parmi les cinq causes de décès les plus importantes. Cependant, c'est un facteur dont il faut tenir compte puisque cela fait augmenter les frais.

Pour répondre à votre question, la réponse serait oui, mais l'impact est encore tolérable et dans le cas de l'assurance groupe, où les employeurs et les syndicats couvrent leurs employés ou leurs membres, les frais sont ajustés sur une base annuelle, ce qui permet de tenir compte de ce facteur et de s'assurer qu'aucun groupe n'est très sérieusement déséquilibré.

[Text]

equation in balance and to make sure that no single group gets seriously out of balance.

Mr. Gormley: So the cost would be spread across the groups as opposed to . . .

Mr. Black: Right.

Mr. Gormley: —one specific demographic or lifestyle sector?

Mr. Black: Well, the rates would be adjusted by demographic sector.

Dr. West: I suppose we should note that the commonest cause of death in North America, period, and in terms of claims, is heart disease, and number two is cancer, which is dwarfed by heart disease. In younger people the commonest cause of death has always been motor vehicle accidents. We now recognize that in single males between 20 and 40-plus the commonest cause of death in many large areas is now AIDS. So it has replaced the number one killer in many groups, and it is just a concern all by itself.

Mr. Gormley: This is where I wonder about the challenge you face, presuming we do not have a mathematical increase to a great extent past what we have seen. Say that I am a 28-year-old male from small-town Saskatchewan. I wonder . . .

Dr. West: We would like you then.

Mr. Gormley: —how you look at the 28-year-old male from downtown Toronto. This is my question.

Dr. West: Quite differently.

Mr. Gormley: Is there a way to factor that into your calculation?

Dr. West: Just that we would spend more time investigating the gentleman from Toronto than we would investigating you.

Mr. Gormley: That is encouraging.

Dr. West: If you were from Prince Edward Island then the same would apply.

Mr. Gormley: This leads into my next question, on investigation and the asking for tests or the seeking for further information. In an industry-wide sense, how does the insurance industry set criteria? You had raised the point earlier about if I want in and all of a sudden want an excessively large amount of insurance. If I am within the normal insurable mean, how do you make that decision based on my application on paper as to why or how you would seek a test?

Mr. McFarlane: Let us say it is not you.

Mr. Gormley: Okay. Sure.

Mr. McFarlane: Let us go to a generic term. First I think you look at the geographic area, age, sex, but primarily medical history. In other words, if there was any history of

[Translation]

M. Gormley: Par conséquent les coûts seraient répartis sur tous les groupes et non par . . .

M. Black: Oui.

M. Gormley: . . . groupes d'âge ou de moeurs particuliers.

M. Black: Les taux tiennent compte de la démographie.

Dr. West: La cause de décès la plus courante en Amérique du nord et, par conséquent, de règlement de sinistres est les maladies cardio-vasculaires, suivie de très loin par le cancer. Pour les jeunes, la cause la plus courante du décès a toujours été les accidents automobiles. Nous reconnaissons à l'heure actuelle que pour les jeunes hommes de 10 à 40 ans et plus, la cause de décès la plus fréquente dans les grandes villes est à l'heure actuelle le SIDA. Cela a donc remplacé la cause de décès numéro 1 dans beaucoup de groupes, et c'est ce qui est préoccupant.

M. Gormley: C'est la raison pour laquelle je me pose des questions sur le défi que vous devez relever, pour autant que nous ne connaissions pas une augmentation importante par rapport à la situation actuelle. Supposons par exemple que je vienne d'une petite ville de la Saskatchewan et que j'aie 28 ans. Je me demande . . .

Dr. West: Nous aimerions un client comme vous.

M. Gormley: . . . comment traitez-vous ma demande par rapport à celle d'un homme, de 28 ans également, provenant du centre de Toronto.

Dr. West: Notre évaluation serait très différente.

M. Gormley: Est-ce que vous en tenez compte dans vos calculs?

Dr. West: Nous passerons plus de temps à étudier le cas de la personne de Toronto que celui de la personne de la Saskatchewan.

M. Gormley: C'est encourageant.

Dr. West: Et si vous étiez de l'Île du Prince-Édouard la même chose s'appliquerait.

M. Gormley: Ce qui m'amène à ma question suivante, l'enquête à laquelle vous procédez, les analyses que vous réclamez, bref les autres renseignements. Comment l'assurance en général établit-elle ses critères? Vous avez parlé d'une personne qui a présenté une demande d'assurance exorbitante. Si je présente une demande tout à fait normale, comment décidez-vous sur papier si ma demande doit faire l'objet d'une analyse médicale ou non?

M. McFarlane: Ne voyons pas les choses de façon aussi personnelle, supposons qu'il ne s'agisse pas de vous.

M. Gormley: Très bien.

M. McFarlane: Il faut d'abord voir d'où vient cette personne, quel est son âge, son sexe et surtout ses antécédents médicaux. En d'autres termes, si cette personne a perdu du

[Texte]

malaise or weight loss or night sweats or any of the other symptoms of AIDS, then you would immediately go for the attending physician's statement. But if there were not those criteria and the amount was reasonable and everything else then I think at present most companies would accept it without question.

Mr. Gormley: I wanted to ask the doctors specifically this. I was under the impression that many of the AIDS victims were previously very healthy males, and this is where again I think the industry from a medical point of view would have some difficulty getting a clear history.

Dr. West: One of the things we get on potential clients of course are attending physicians' reports. Very often these list the various visits to the physician and the complaints at the time of that visit. AIDS today has been likened to another venereal disease which was rampant at the turn of the century, mainly syphilis. And syphilis, as coined by Sir William Osler, was known as the great imitator, simply because in terms of its symptomatology it could imitate almost any disease. AIDS has now stepped in and has become in this time the great imitator.

• 1035

We are better trained than the general practitioner to detect AIDS, simply because he does not have time to learn all the intricate details. So many patients who eventually develop AIDS go through periods of many months in which they have nondescript symptoms; a fever, for instance, for which there is no obvious cause. People come to the doctor all the time with fevers that he probably gets sick of looking at them. He says: Does this person ordinarily have a sore throat, or an ear infection, or pneumonia? He looks them over and cannot find the cause, so he writes down: fever, cause unknown. Well, it might not mean much to the average physician, but to us it rings a bell because the commonest cause of fever unknown nowadays is AIDS. That is how they start.

There are a hundred other symptoms which also fit in the same way. Almost any area of the body, starting from the skin, the eyes, the nose, the mouth, the throat, the intestinal tract, are all affected by AIDS, and time and again this leads us to ordering a blood test.

AIDS is often associated with hepatitis or inflammation of the liver. The last positive test we had we were concerned about the person's liver, we were not even thinking about AIDS, and we ordered a blood test. Now you may say, what has the blood test of AIDS got to do with a person's liver? I should note that we do not specifically order an AIDS test on anybody. What we order is a blood screen. We have used this blood screen for many years, and it consists of, up until recently, 15 separate tests—in other words, it detects people at high risk for heart disease, for liver disease, for kidney disease, and so on—and we have merely added the AIDS test to that. In other words, we now do 16 tests instead of 15. And in the

[Traduction]

poids, a connu des malaises, a sué beaucoup pendant la nuit ou si elle a eu l'un quelconque des autres symptômes du SIDA, dans un tel cas, on demande immédiatement l'avis du médecin. Si cependant la personne en question n'a eu qu'un de ces problèmes médicaux, que le montant d'assurance est raisonnable et qu'il ne semble pas y avoir de problème, à l'heure actuelle, je pense que toutes les compagnies d'assurance accepteraient la demande sans se poser de question.

M. Gormley: Je voulais poser ma question au médecin. Si je comprends bien, la plupart des victimes du SIDA étaient auparavant en bonne santé, et c'est la raison pour laquelle je pense que les assureurs pourraient avoir de la difficulté à se rendre compte de la situation du point de vue médical.

Dr West: Nous obtenons des rapports de médecins sur nos clients potentiels. Très souvent, ces rapports font état des différentes visites et des plaintes formulées par le patient à cette occasion. Le SIDA aujourd'hui est comparé à une autre maladie vénérienne commune au début du siècle, la syphilis. La syphilis, selon le mot de Sir William Osler, était appelée la grande imitatrice, simplement parce que ses symptômes pouvaient être confondus avec ceux de presque n'importe quelle autre maladie. Aujourd'hui c'est le SIDA qui est devenu le grand imitateur.

Nous sommes mieux qualifiés que le médecin généraliste pour reconnaître le SIDA, simplement parce que le généraliste n'a pas le temps de se tenir au courant de tous les détails complexes. Bien des malades qui finissent par avoir le SIDA ont pendant de longs mois des symptômes quelconques; une fièvre, par exemple, sans cause apparente. Le docteur voit une foule de gens qui ont la fièvre, au point qu'il doit en être malade rien qu'à les regarder. Il se demande si la personne a une engine, une infection de l'oreille, ou une pneumonie. Il examine le malade et ne trouve rien; il inscrit donc à son dossier: fièvre, origine inconnue. Cela ne veut peut-être pas dire grand-chose pour la plupart des médecins, mais pour nous c'est un signal d'alarme, car la cause la plus fréquente des fièvres inexpliquées est actuellement le SIDA. C'est un des premiers symptômes.

Il y en a une foule d'autres, en apparence tout aussi anodins. Presque n'importe quelle partie du corps, en commençant par la peau, les yeux, le nez, la bouche, la gorge, l'intestin, sont des cibles possibles, et des infections dans ces régions nous incitent souvent à demander une analyse de sang.

Le SIDA est souvent lié à l'hépatite ou à une inflammation du foie. La dernière fois que nous avons eu un test positif, nous n'avions même pas songé au SIDA; c'était l'état du foie de la personne qui nous inquiétait, et nous avons demandé une analyse de sang. Vous vous demandez sans doute quel est le rapport entre le test de dépistage du SIDA et le foie. Je dois vous signaler que nous ne demandons jamais précisément un test de dépistage du SIDA. Nous demandons, depuis de nombreuses années, une analyse globale, qui comprenait jusqu'à récemment 15 tests de dépistage—autrement dit, il s'agissait de dépister les risques de maladies cardiaques, d'infection du foie, des reins, et ainsi de suite—et nous y avons

[Text]

process of looking for the liver problem, we came up with our last positive AIDS. The blood screen is merely a screen for high-risk groups, of which AIDS is one.

Mr. Gormley: Do you feel reasonably confident from a medical insurance point of view that through the initiation of when to start tests there can be early detection?

Dr. West: Yes. If we ask you whether or not you have heart disease and you say no, when you do have heart disease, and unfortunately two months later the client dies and it comes to our attention that you withheld information, that is fraud and the company does not pay. Well, many people who are aware of the fact they have a positive test for AIDS want insurance. What they would like to do is withhold the information. They would even like to make it legal to withhold it. It is a sort of different way of fraud.

The test to us is vitally important, simply because 5% to 20% of that group who have positive tests will die of AIDS. If you are, as Mr. Black mentioned, a 32-year-old, the premium you pay is based on the fact that one person in a thousand will die—one person. Well, when we are talking about 19 per 100, or 200 people per 1,000, the premium that individual pays is something we cannot mathematically accept.

Mr. Gormley: Thank you.

• 1040

Mr. Mitges: Most of my questions were answered, but I would like an explanation. Supposing a new application for insurance... it has passed all the tests, passed the test for AIDS, etc., and subsequently down the line he does get AIDS. Would you still honour that contract?

Dr. West: Once your contract is accepted, as long as you have not withheld information, then absolutely. That is a gold bond. Any claim will be paid.

Mr. Black: Could I just supplement Mr. Gormley's question briefly? I think at this point in time our industry is reasonably confident we can cope with AIDS; that the existing prevalence of AIDS—the low level of prevalence—serious though it is, can be tolerated; the increasing emphasis on public education, we are confident, will help in slowing and hopefully stopping the growth, although the growth will continue for some time simply because of those who have already been exposed to AIDS. We are reasonably confident the industry can cope with that. It is a condition, however, that requires very close vigilance on the application, on the new insurance side of the business, to make sure certain individuals do not jeopardize the whole insurance process for everyone else. That is where our concern really exists.

Le vice-président: Les membres du Comité ont-ils d'autres questions à poser? Nos témoins peuvent-ils nous faire part d'autres renseignements utiles à nos travaux?

Do you have other statements to make?

[Translation]

simplement ajouté le test de dépistage du SIDA. Autrement dit, il y a maintenant 16 analyses au lieu de 15. C'est donc en cherchant une maladie du foie que nous avons découvert notre cas le plus récent d'anticorps positifs du SIDA. La série d'analyses nous permet simplement de repérer les hauts risques, parmi lesquels le SIDA.

M. Gormley: Les assureurs estiment-ils que cette méthode permet une détection suffisamment rapide?

Dr West: Oui. Si vous nous dites ne souffrir d'aucun trouble cardiaque, alors que c'est le cas, et que malheureusement, deux mois plus tard, vous mourez, et que nous apprenons à ce moment-là que vous nous avez caché quelque chose, il y a eu fraude, et la compagnie ne versera rien. Bien des gens qui savent avoir des anticorps du SIDA veulent se faire assurer. Ils aimeraient nous cacher ce renseignement. Ils voudraient même que la loi le permette. C'est une autre manière de frauder.

Le test est pour nous crucial, puisque 5 p. 100 à 20 p. 100 de ceux qui ont des anticorps mourront du SIDA. Comme le disait M. Black, si vous avez 32 ans, vous payez une prime calculée en fonction d'un taux de mortalité de 1 sur 1,000. Si le taux passe à 19 p. 100, ou à 200 pour 1,000, la prime individuelle devient inacceptable.

M. Gormley: Merci.

M. Mitges: On a répondu à la plupart de mes questions, mais j'aimerais un éclaircissement. Si vous recevez une demande d'assurance et que tous les tests, y compris celui du SIDA, sont négatifs, mais que par la suite, le client est atteint de cette maladie, respecterez-vous le contrat?

Dr West: Une fois le contrat signé, tant que vous n'avez rien caché, il est inviolable. Toute demande de règlement sera honorée.

M. Black: Pourrais-je ajouter quelque chose à la réponse donnée à M. Gormley? Je crois que pour le moment, les assureurs ont confiance de pouvoir faire face au problème du SIDA; le taux d'incidences actuelles, bien que grave, est suffisamment bas pour être toléré; nous croyons que la campagne d'éducation publique permettra de ralentir, et peut-être même d'arrêter l'avance de la maladie, même si le nombre de cas connus continuera d'augmenter pendant un certain temps, à mesure qu'apparaîtront les symptômes chez ceux qui ont déjà été en contact avec la maladie. Nous avons confiance de pouvoir faire face à cette situation. Mais il va falloir être vigilants en ce qui concerne les nouveaux clients, afin d'éviter que quelques-uns ne mettent en danger le système d'assurance de l'ensemble. C'est là notre principale préoccupation.

The Vice-Chairman: Are there any more questions? Do the witnesses have any other information they would like to give us?

Avez-vous quelque chose à ajouter?

[Texte]

Mr. Black: I do not believe so. We have tried to present an overview. We would certainly be most willing to provide any further information that you may think of in your further deliberations that would be of interest, and we will certainly look forward to the results of your deliberations and your review of the many aspects of this condition.

Dr. West: May I just say something on confidentiality, which most people are very interested in? Supposing with a potential client we develop a positive antibody test. I would just like to enlighten you on the procedure within our own company for confidentiality.

All the blood tests and urine tests and physicians' reports of every kind, shape, and form flowing over the continent come addressed to me. But there is an arrangement with the lab that does the test for AIDS that if there is a positive, then the envelope is not only addressed to me but it is specifically marked "to be opened only by", and by no one else, so that I open the envelope that contains the positive result.

At that moment in time, the file on that individual is completely removed from the underwriting process and taken directly to our underwriting officer, who contacts the client by telephone and says to them, your application has been turned down for medical reasons and we would like to communicate these medical reasons to the physician of your choice. We then get permission from the client to communicate this information to the physician, and that positive test is sealed in my office and open to no one.

Mr. Lesick: I was going to pursue this. I did not realize you were going to talk about confidentiality, because this is, I think, a very important aspect.

May I go on to another area? In Montreal we have a large Haitian community. If someone of Haitian racial origin is going to apply, what do you do?

Dr. West: Originally the Haitians were listed as one of the high-risk groups. It is simply because when the original cases were detected in the United States the Haitians represented 4% of the total and it was suspected that, whatever was going on in AIDS, this particular group seemed to be at high risk.

• 1045

Follow-up studies since have shown that the antibody level of Haitians is certainly not much higher than that of the rest of the country and that as a group of people they are not at high risk. We might look at the individual application quite carefully; but, even though the original statistics showed them to represent a certain percentage, that has not been borne out with later follow-up.

Mr. Lesick: In certain areas of the country there is a greater predominance of AIDS. If you are going to offer a group plan, then how do the companies look for their high-risk group for AIDS, and how do you attempt to resolve this in a group plan?

Mr. McFarlane: At present there is no underwriting for AIDS on group plans. I am talking about large group plans. Most small plans of 10 or fewer are subject to individual

[Traduction]

M. Black: Je ne crois pas. Nous avons essayé de vous donner une vue d'ensemble. Nous sommes certainement prêts à répondre à toute autre question qui pourrait surgir dans le cours de vos discussions, et nous lirons certainement avec grand intérêt le résultat de vos travaux et les recommandations que vous ferez à l'égard du SIDA.

Dr West: Je voudrais ajouter quelque chose à propos du caractère confidentiel des renseignements, qui suscite beaucoup d'intérêt. Je voudrais simplement vous expliquer comment notre compagnie protège les renseignements personnels, dans le cas où il s'avère qu'un client éventuel a un test positif.

Tous les résultats des analyses de sang et d'urine, et tous les rapports des médecins provenant de tout le continent me sont personnellement adressés. Nous avons pris des dispositions avec le laboratoire chargé des analyses pour que l'enveloppe contenant des résultats positifs aux tests du SIDA porte en outre la mention «A n'ouvrir que par», et personne d'autre que moi ne peut ouvrir l'enveloppe.

Le dossier du client est alors retiré du circuit et remis directement à l'agent assureur qui téléphone au client pour lui dire que sa demande a été rejetée pour des raisons médicales et que nous aimerions communiquer ces raisons à son médecin. Après que nous avons obtenu la permission de communiquer les résultats au médecin, le test reste scellé, dans mon bureau, et personne ne peut en prendre connaissance.

M. Lesick: Je voulais justement parler de ce sujet. Je ne savais pas que vous alliez le faire. C'est un sujet extrêmement important.

Puis-je passer à autre chose? Il y a à Montréal une importante communauté haïtienne. Si une personne d'origine haïtienne demande une assurance, que faites-vous?

Dr West: Au début, le groupe des Haïtiens était considéré comme à haut risque. C'est simplement que lorsque les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués aux États-Unis, les Haïtiens en constituaient 4 p. 100, et l'on a pensé que quelle que soit l'origine de la maladie, ce groupe semblait être particulièrement vulnérable.

Les études ont par la suite démontré que le niveau d'anticorps n'est pas beaucoup plus élevé chez les Haïtiens que dans le reste de la population, et que collectivement, ils ne courent pas de risque particulier. Nous examinerons peut-être très attentivement la demande, mais les études de suivi n'ont pas confirmé les premiers résultats.

M. Lesick: L'incidence est plus forte dans certaines régions. Dans le cas d'une assurance collective, comment jugez-vous si le groupe présente un risque élevé et comment abordez-vous le problème?

M. McFarlane: Le SIDA n'entre pas actuellement en ligne de compte dans l'assurance collective. Je veux parler des assurances pour des groupes importants. Dans le cas des

[Text]

underwriting similar to what we do for individual policies, but for large group plans there is no underwriting at all for people who come in at the beginning. People who enter afterwards, having declined the opportunity at first, are subject to underwriting as well.

On group policies, though, you must remember that they are yearly renewable. The premiums can be changed each year if the claims should rise. Also, those claims or the costs of the claims are shared by the employer and the insurance company. There is a credibility formula which assesses so much of the claims against a group and so much against perhaps a pool. So the costs are shared by the employer as well as the insurance company.

The Vice-Chairman: Mr. Gormley.

Mr. Gormley: On confidentiality I wanted to ask Dr. West something further to what he had said. Does he feel under some pressure in the public health circle about being able to make perhaps more available the information that you have a positive test on the antibody?

Dr. West: I am not quite sure I understand your question.

Mr. Gormley: I know, obviously, your insurance confidentiality; you do not go around telling people you have this information. But particularly with this affliction or disease and the great public pressure on politicians, through the media, etc., are you under some pressure from the public health officials that here you are with a positive result; is there a way of making public health officials aware of that so further preventive steps may be taken?

Dr. West: That is a very good question. We have prided ourselves that we are experts at keeping information confidential. When we introduced sort of a new system for AIDS, in many ways we were criticized because they said: What is the matter with the old system; why should we treat AIDS any differently from any other condition? My answer was that it just happens to be different. It is different in the public eye. People are concerned about it as they never have been concerned about any known disease before. So without pressure from anybody we just introduced this system, which as far as we could make it was 100% perfect or close to it.

Mr. Gormley: But are you under pressure from public health officials perhaps to make it more available to the public health field?

Dr. West: No, we are not; at least we have not been. What is going on in the public and in the press and on television I suppose is pressure, but not specifically from anybody.

Mr. Black: I would like to comment on that question. I think generally speaking the insurance companies are concerned about proper use of the information. They are not

[Translation]

polices couvrant moins de 10 personnes, chaque assuré doit se soumettre aux mêmes exigences que s'il souscrivait à une police individuelle, mais dans les régimes collectifs importants, il n'y a aucune restriction pour ceux qui s'assurent dès le début. Ceux qui ont d'abord refusé l'assurance et qui ont changé d'avis par la suite doivent répondre aux critères individuels.

Il ne faut cependant pas oublier que les polices collectives sont renouvelées chaque année. On peut donc augmenter les primes chaque année si le nombre de sinistres augmente. En outre, le coût des règlements est partagé entre l'employeur et l'assureur. Il existe une formule de crédibilité selon laquelle une partie du sinistre est portée au compte d'un groupe et le reste à celui d'un fonds commun. L'employeur prend donc également en charge une partie des coûts.

Le vice-président: Monsieur Gormley.

M. Gormley: Je voudrais demander au Dr West de préciser ce qu'il disait tout à l'heure à propos du caractère confidentiel des renseignements. A-t-il l'impression d'être poussé par les autorités de la santé publique à révéler les résultats positifs?

Dr West: Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris votre question.

M. Gormley: Je sais que vous respectez le caractère confidentiel des renseignements obtenus dans le cas d'une assurance; vous n'allez pas raconter à tout le monde que vous avez tel et tel renseignement. Mais dans le cas particulier du SIDA et en raison des pressions qu'exerce le public sur ses représentants élus, par l'entremise de la presse, etc., vous sentez-vous poussé par les autorités de l'hygiène publique à révéler les résultats positifs? Y a-t-il un moyen d'en faire prendre connaissance aux autorités pour qu'elles puissent prendre des mesures préventives?

Dr West: C'est une très bonne question. Nous nous sommes toujours flattés de savoir garder le secret. Lorsque nous avons mis sur pied le nouveau système pour les cas de SIDA, on nous a beaucoup critiqués, disant: Pourquoi l'ancien système ne suffisait-il pas; pourquoi traiter le SIDA différemment? C'est parce que c'est une maladie différente des autres. Le public la perçoit différemment. Elle inquiète comme aucune autre maladie n'a inquiété jusqu'ici. Alors sans que personne ne nous y pousse, nous avons mis sur pied ce système, qui est à peu près à 100 p. 100 sûr.

M. Gormley: Mais les autorités de la santé publique exercent-elles des pressions sur vous pour que vous leur donniez ces renseignements?

Dr West: Non, du moins pas jusqu'à maintenant. Je suppose que la réaction du public, la presse et la télévision sont des pressions, d'une certaine manière, mais il n'y a pas eu de pression directe.

M. Black: Je voudrais dire quelque chose. Je pense que dans l'ensemble, ce qui intéresse les compagnies d'assurance, c'est qu'il ne soit pas fait mauvais usage des renseignements qu'elles obtiennent. Elles ne tiennent pas nécessairement à cacher des

[*Texte*]

concerned about hiding the information or keeping it absolutely confidential if there is a public need to know.

The only legislation I have specifically reviewed is the legislation in Ontario, where, as I understand it, the laboratory is required to report a test.

• 1050

The insurance company that obtains that information, while it would not pass on the detail directly to the individual applicant—feeling that this information is so sensitive, that it is very difficult for someone in Toronto to pass that on to someone in Glace Bay, Nova Scotia or wherever—if there is important medical data there, the company does want that information to be known by the attending physician, and Dr. West or his counterparts would contact the individual, tell them that certain medical information has been detected and they would like to pass this on to the attending physician, and please provide us with the name of the attending physician, then our understanding is that once that information is reported to the attending physician, that attending physician would report it to the public health authorities in the same way as if it was developed on a routine physical.

I think the information is ultimately reported, and we have no difficulties with that. I think what has happened and is happening in some provinces that do not have this type of reporting legislation is that it is focusing attention on the mechanics and how they can make sure the public health authorities get the information they need to do their necessary work.

Mme Bertrand: Si le client ne veut pas vous donner le nom de son médecin traitant, vous sentez-vous l'obligation sociale ou morale de rapporter le cas aux autorités médicales, ou votre mandat se termine-t-il là et vous gardez cela dans vos dossiers?

Dr. West: We follow the Health Disciplines Act in terms of reporting, and the act says the physician who is providing professional services to the person is the one who should report it. If someone said they did not have a physician, I think what we would have to say to them is that we require they get one. If they refuse to get one, even though ordinarily we are not required to report it, I think we would, through the act, be required to report it to the . . .

Mrs. Bertrand: What is that act?

Dr. West: That is the Health Disciplines Act, Part II, IV, and VI, sections 25, 26, 27, 28 and 29 . . .

An hon. member: Of Ontario.

Dr. West: —of Ontario.

Mrs. Bertrand: Are they in other provinces?

Dr. West: At the moment, our lawyer is working on all the acts of all the provinces, and all I have to date is Ontario. It is quite a problem getting them all assembled.

[*Traduction*]

informations ou à garder secrets des renseignements qui devraient être rendus publics.

La seule loi sur laquelle je me suis renseigné est celle de l'Ontario où, si j'ai bien compris, les laboratoires doivent déclarer les résultats positifs.

La compagnie d'assurance qui obtient ces renseignements, même si elle ne les communiquerait pas au client—étant donné la nature de ces renseignements, quelqu'un à Toronto pourrait difficilement les communiquer à quelqu'un d'autre à Glace Bay, en Nouvelle-Écosse, ou ailleurs, sans la moindre cérémonie—donc, dis-je, s'il s'agit de données médicales importantes la compagnie désirerait, bien entendu, que ces renseignements soient communiqués au médecin traitant. Dans ce cas-là, le Dr West ou son homologue se mettrait en rapport avec le client, lui indiquant que certains renseignements médicaux ont été obtenus et que nous aimerions obtenir le nom de son médecin traitant pour pouvoir les lui communiquer. D'après notre interprétation des choses, une fois que ces renseignements ont été communiqués au médecin traitant, ce dernier les fait tenir aux autorités de la santé publique comme s'ils avaient été obtenus à la suite d'un examen médical.

Je pense que les renseignements finissent par être communiqués aux autorités, et nous sommes d'ailleurs parfaitement d'accord avec cela. Par contre, dans certaines provinces où l'obligation de communiquer de tels renseignements n'existe pas dans la loi, on parle beaucoup du processus dans le but de garantir que les autorités de la santé publique puissent obtenir les renseignements qui sont essentiels à leur travail.

Mrs. Bertrand: But if the applicant refuses to give you the name of his attending physician, do you feel you have any social or moral obligation to report the case to the medical authorities, or do you feel your mandate ends there and simply keep the information on file?

Dr West: En matière de communication de renseignements, nous respectons les dispositions de la loi de l'Ontario intitulée la *Health Disciplines Act*. Aux termes de celle-ci, il incombe au médecin qui offre des services professionnels de communiquer ces renseignements. Si un client prétendait ne pas avoir de médecin, j'imagine que notre réaction serait de lui dire qu'il lui en faut un. Si le client refusait d'en trouver un, et même si nous ne sommes pas tenus de les communiquer normalement, je crois que nous serions obligés de le faire selon les dispositions de la loi . . .

Mme Bertrand: De quelle loi s'agit-il?

Dr West: Il s'agit des parties II, IV et V et des articles 25, 26, 27, 28 et 29 de la loi intitulée *Health Disciplines Act* . . .

Une voix: De l'Ontario.

Dr West: . . . de l'Ontario.

Mme Bertrand: Est-ce que des lois semblables existent dans d'autres provinces?

Dr West: En ce moment, notre avocat fait des recherches sur les lois qui existent dans toutes les provinces, mais pour

[Text]

Mrs. Bertrand: Thank you.

Mr. Black: As I indicated, this condition is focusing a lot of attention on areas that may not have been looked at as closely, and I think the work of your committee, the work of the Canadian Bar Association task force, and the work of the Ontario Ministry of Health task force is invaluable in pinpointing any areas that might have gaps. From the insurance industry viewpoint, I would say we certainly support the necessary use of information such as this, and we hope this process will perhaps clarify a little bit, in some jurisdictions anyway, just what must be reported and the way in which that information will be handled once it is reported to the public health authorities. Don . . . ?

Mr. McFarlane: It is my understanding that four provinces require reporting at the moment. Ontario is one.

The Vice-Chairman: With the permission of members, Mr. Bob Milko will ask witnesses some brief questions. Mr. Milko.

Mr. R. Milko (Researcher, Library of Parliament): I would just like to follow up on a few questions that have already been asked with respect to confidentiality. I know you mentioned that your association has adopted some confidentiality principles. You can correct me if I am wrong, but in the United States, is there not a piece of legislation—and I am not sure of the title, but it is MIB—which restricts the transfer of information to other associations, organizations, or in effect from a life insurance company to an auto insurance company? Do you think such a piece of legislation might in effect help protect the rights of individuals, or do you see any real problem with it?

• 1055

Mr. Black: I am afraid I am not familiar with the legislation. I would have to look it up and research it before I could answer.

Mr. McFarlane: I saw Dr. West shake his head. Are you familiar with it?

Dr. West: No, I am not familiar with it. I just wanted to make certain you were familiar with the MIB and the way it works.

Mr. Milko: No, I am not. That is why . . .

Dr. West: The MIB is the Medical Information Bureau and its headquarters is in Boston in the United States and really, it is a big computer. If patient A applies to our company and because of heart disease, we will not insure him, then he might go to company B and state that he is quite healthy and not give

[Translation]

l'instant, je ne connais que le cas de l'Ontario. Il est assez difficile de réunir tous ces renseignements.

Mme Bertrand: Merci.

M. Black: Je crois vous avoir déjà dit que l'apparition de cette maladie a eu l'effet d'attirer l'attention des gens sur certains domaines qui n'avaient pas été examinés de très près par le passé. D'ailleurs, les travaux de votre Comité, du groupe de travail de l'Association du Barreau canadien et du groupe de travail du ministère de la Santé de l'Ontario seront d'une utilité indéniable pour l'identification de domaines où il pourrait exister des lacunes. Du point de vue des compagnies d'assurance, je crois pouvoir affirmer que nous appuyons le recours à ces renseignements lorsque c'est nécessaire, et nous espérons que les études actuellement en cours permettront de clarifier—du moins, dans certaines provinces—les obligations de chacun quant à la communication de renseignements médicaux et la façon de les traiter une fois qu'ils sont entre les mains des autorités de la santé publique. Don, vous voulez dire quelque chose?

M. McFarlane: Je crois comprendre que quatre provinces exigent actuellement la communication de renseignements sur le SIDA. D'ailleurs, l'Ontario en est une.

Le vice-président: Avec la permission des membres, M. Bob Milko voudrait poser quelques brèves questions aux témoins. Allez-y, monsieur Milko.

M. R. Milko (rechercheur, Bibliothèque du Parlement): Je voudrais revenir sur un certain nombre de questions qui vous ont déjà été posées au sujet de la confidentialité. Vous avez mentionné que votre association a adopté un certain nombre de principes relatifs à la confidentialité. Il me semble qu'il existe une loi aux États-Unis—et je vous demande de me corriger si je me trompe—dont j'ignore le titre, mais qui concerne le MIB, et qui impose certaines restrictions quant au transfert des renseignements à d'autres associations ou organisations, ou même d'une compagnie d'assurance-vie à une compagnie d'assurance-automobile. La connaissez-vous? Pensez-vous qu'une loi de ce genre permet de protéger les droits individuels ou pourrait-elle plutôt créer des problèmes?

M. Black: Je dois avouer que je ne connais pas la loi à laquelle vous faites allusion. Il faudrait que je m'informe avant de pouvoir vous répondre.

M. McFarlane: J'ai vu que le docteur West hochait la tête. La connaissez-vous?

Dr West: Non, je voulais simplement m'assurer que vous connaissiez le rôle et les fonctions du MIB.

M. Milko: Non, justement. Voilà pourquoi . . .

Dr West: Il s'agit du *Medical Information Bureau* dont le siège social se trouve à Boston aux États-Unis. En fait, c'est comme un grand ordinateur. Si un patient nous présente une demande d'assurance et que nous la refusons en raison de sa maladie cardiaque, il pourrait décider de s'adresser à une autre compagnie, en lui affirmant qu'il est en excellente santé et en

[Texte]

them the name of the doctor who is looking after the heart disease.

This fraud is prevented by the fact that we report in code to the MIB that this man has heart disease and company B can find out. No diseases are recorded by name, ever. They are all recorded in code and the only people who have the interpretation of the code are in my office and the underwriters who work with me. The MIB does not have the interpretation of the code.

The code is, naturally, very closely guarded and to a company all the code is is a warning, because when I look at a code that some other company has reported, I cannot make an underwriting decision based on that code. I have to find out for myself what it is. We cannot use the code in underwriting in any way whatever, so it is merely a protective service between all member insurance companies and that information is kept phenomenally secret.

Mr. McFarlane: May I add something, because I think it may clarify the question you raised. In the United States there is an act called the Fair Credit Reporting Act, and it controls all corporations that report for credit or other purposes to companies such as life insurance companies.

The act requires that if we make a decision based on the information obtained from one of their reports, we so notify the applicant. The applicant then has the opportunity to go to the office of the company making the report and check it for accuracy. It is a way of controlling that no incorrect information is maintained in their records or forwarded to any life companies or other clients.

Mr. Milko: Okay, thank you.

Mr. Black: Excuse me, I will just supplement that. There is similar legislation to that in many of the Canadian provinces, and I think our industry operates in accordance with the legislation, even in those jurisdictions where there is not a requirement that we do so. We certainly want the information to be correct and we want the individual to be able to check it.

Mr. Milko: Just quickly continuing on Mr. Lesick's mention about Haitians. I was wondering whether haemophiliacs are able to be insured; and secondly, whether recipients of a blood transfusion, before the blood test was instituted, are insurable if they have not as yet applied for insurance, and whether there is any possibility of reassessment if they have received blood transfusions.

Dr. West: Well, the haemophiliacs are certainly, you might say, innocent victims of this disease and the antibody positive has risen dramatically within this group up to almost 90%. The so-called haemophilia A, which is the serious form and requires more injections, has six times the rate of AIDS as does haemophilia B, which is much less serious and only requires a few injections.

[Traduction]

évitant de lui donner le nom du médecin qui soigne ses troubles cardiaques.

Ce genre de fraude n'est pas possible puisque nous avisons le MIB, en utilisant des codes, que le client en question a des troubles cardiaques; donc, l'autre compagnie a accès à ce renseignement. Cependant, le nom de la maladie n'est jamais indiqué. Toutes les maladies sont codifiées et les seules personnes qui les connaissent travaillent dans mon bureau. Le MIB n'a pas l'interprétation du code.

Évidemment, nous faisons l'impossible pour que ce code reste secret, même si pour une compagnie d'assurance, le code n'est qu'une sorte d'avertissement. Lorsque je vois qu'une autre compagnie a utilisé le code, je ne peux pas décider ou non d'offrir des assurances en fonction du code seulement. Il faut que je m'informe de la situation du demandeur. Le code n'a donc pas de rapport direct avec les contrats d'assurance; pour les compagnies d'assurance membres il représente simplement un moyen de se protéger et ces renseignements sont gardés très secrets.

M. McFarlane: Je voudrais ajouter quelque chose qui va peut-être clarifier la question que vous avez soulevée. Il existe, aux États-Unis, une loi intitulée la *Fair Credit Reporting Act*, qui régit toutes les sociétés qui doivent faire rapport à un certain type de compagnies comme les compagnies d'assurance-vie, à des fins de crédit entre autres.

La loi prévoit que si nous prenons une décision en fonction de renseignements glanés dans un de leurs rapports, nous en avisons le demandeur. Ce dernier peut ensuite avoir recours à la compagnie d'où provient le rapport afin de vérifier son exactitude. C'est une façon de s'assurer qu'aucun faux renseignement ne sera ni gardé dans son dossier, ni transmis à une compagnie d'assurance-vie ou à d'autres clients.

M. Milko: Très bien. Merci.

M. Black: Si vous me permettez, je voudrais ajouter quelque chose. Des lois semblables existent dans bon nombre de nos provinces canadiennes et je crois que les compagnies d'assurance respectent ces lois, même là où elles ne sont pas tenues de le faire. Nous désirons, bien entendu, que les renseignements soient exacts et que les particuliers puissent les vérifier.

M. Milko: Pour changer de sujet, je voudrais vous poser une question qui rejoint ce qu'a dit M. Lesick au sujet des Haïtiens. J'aimerais savoir si les hémophiles peuvent obtenir des assurances; et deuxièmement, si quelqu'un qui a reçu une transfusion sanguine avant qu'une analyse actuellement utilisée ne soit disponible est assurable, s'il n'a pas encore fait une demande, ou si sa demande pourrait fait l'objet d'un réexamen s'il a déjà reçu une transfusion sanguine.

Dr West: Eh bien, on peut dire que les hémophiles sont, en quelque sorte, les victimes innocentes de cette maladie et, à l'intérieur de ce groupe, le taux de résultats positifs au test de détection de l'anticorps est passé à presque 90 p. 100, ce qui est une augmentation spectaculaire. Les victimes de l'hémophilie dite A, la forme la plus grave qui nécessite plus d'injections, contracte le SIDA six fois plus souvent que les victimes de l'hémophilie dite B, qui est beaucoup moins grave et ne nécessite que quelques injections.

[Text]

The problem with the haemophiliac is that the substance missing from his body which is required to help blood clot is not only derived from blood, but it may be from 10,000 different donations. Fortunately, as of last year, this is a thing of the past. In other words, there will be no more new cases, but because of the time lag from the onset of the infectious process to symptoms, we would have to possibly turn down or possibly rate haemophilia A who have had injections within a certain time. We would have to specifically get the information because the incidence of AIDS is unfortunately horrendously high.

• 1100

Le vice-président: Le sujet est inépuisable, et nous pourrions poser bien d'autres questions.

Au nom des membres de ce Comité, je remercie MM. Black, West et McFarlane d'être venus témoigner. Les précisions qu'ils ont apportées nous seront très utiles dans la préparation du rapport que nous produirons d'ici la fin du mois. Messieurs, nous ferons sans doute encore appel à vos services, peut-être dans d'autres domaines des affaires sociales, en particulier la santé.

La séance est levée.

[Translation]

Le problème de l'hémophile, c'est que non seulement l'élément qu'il lui faut pour faire coaguler son sang est dérivé du sang, mais il peut provenir de 10,000 dons différents. Depuis l'année dernière, fort heureusement, ce n'est plus le cas. Autrement dit, il n'y aura plus de cas nouveaux, mais étant donné le retard qu'il peut y avoir entre l'infection et l'apparition des symptômes, il est possible que nous soyons obligés de refuser la demande d'assurance d'un hémophile du type A ou de l'assortir de certaines conditions si ce dernier a eu des injections au cours d'une certaine période. Il nous faudrait obtenir des renseignements très précis là-dessus étant donné l'incidence extrêmement élevée du SIDA au sein de ce groupe.

The Vice-Chairman: The subject being such a complex one, I am sure we could go on forever talking about it and asking questions.

However, on behalf of the members of the committee, I would like to thank Messers Black, West and McFarlane for appearing this morning. The information they have provided us with today will be extremely useful in the preparation of our report between now and the end of the month. In any case, it is possible we will call on you again regarding matters having to do with health or social affairs.

The meeting is adjourned.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Life and Health Association:

Charles C. Black, Vice-President;
Dr. Chris West, Medical Vice-President, Canada Life
Assurance Company;
J. Donald McFarlane, Assistant Vice-President, Manulife.

*De l'Association canadienne des compagnies d'assurances de
personnes inc.:*

Charles C. Black, vice-président;
D^r Chris West, vice-président médical, La Canada Vie;
J. Donald McFarlane, vice-président adjoint, Manulife.

39 HOUSE OF COMMONS

Issue No. 31

Thursday, February 13, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 31

Le jeudi 13 février 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85-86

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985-1986

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles Hamelin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Anne Blouin
Pauline Browes
Leo Duguay
Douglas Frith
John Gormley
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Gus Mitges
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles Hamelin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Sheila Copps
Vincent Dantzer
Édouard Desrosiers
Ernest Epp
Tom Hockin
W.R. Bud Jardine
Jean-Luc Joncas
Bill Lesick
Moe Mantha
Charles-Eugène Marin
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, FEBRUARY 13, 1986
(37)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 11:07 o'clock a.m., this day, the Vice-Chairman, Charles Hamelin, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Charles Hamelin, Gus Mitges and Neil Young.

Alternates present: W.R. Bud Jardine and Alan Redway.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witnesses: From the Ontario Bar Association: Tracy Tremayne-Lloyd, Chairman, Health Law Section. *From the Schiller Institute:* Dr. Alain Gauthier, Ad hoc committee to combat the AIDS epidemic.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

Tracy Tremayne-Lloyd made a statement and answered questions.

Dr. Alain Gauthier made a statement and answered questions.

At 12:44 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 13 FÉVRIER 1986
(37)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 11 h 07, sous la présidence de Charles Hamelin, (*vice-président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Charles Hamelin, Gus Mitges, Neil Young.

Substituts présents: W.R. Bud Jardine, Alan Redway.

Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoins: De l'Association du Barreau de l'Ontario: Tracy Tremayne-Lloyd, président, section du droit de la santé. De l'Institut Schiller: Docteur Alain Gauthier, Comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'exercice financier clos le 31 mars 1984 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice financier clos le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Tracy Tremayne-Lloyd fait une déclaration et répond aux questions.

Le docteur Alain Gauthier fait une déclaration et répond aux questions.

A 12 h 44, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, February 13, 1986

• 1107

Le vice-président: À l'ordre!

Nous entendrons ce matin des témoins dans le cadre de notre étude sur le SIDA:

from the Ontario Bar Association, Ms Tracy Tremayne-Lloyd, Chairman of the Health Law Section;

et le Dr Alain Gauthier du comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA de l'Institut Schiller.

Étant donné que M. Young est ici, nous pouvons entendre les témoins. J'invite M^{me} Tracy Tremayne-Lloyd à prendre la parole. Je la remercie de s'être présentée ce matin pour nous aider à produire le rapport le plus sensé possible dans les circonstances. Je remercie également le Dr Gauthier.

Madame.

Ms Tracy Tremayne-Lloyd (Chairman, Health Law Section, Ontario Bar Association): Thank you, Mr. Chairman.

As you have just heard, I am a lawyer in Toronto. I practise civil litigation, but I have a fairly substantial health discipline component to my practice. And in addition to being the current chairman of the Health Law Section for the Ontario branch of the CBA, I am also chairman of a special committee that the Canadian Bar Association in Ontario has established to study the legal implications of AIDS.

What I would like to do this morning is to speak to you a little bit about the legal implications for our society of acquired immune deficiency syndrome; to outline for you some of the problematic legal areas from the legal point of view; and to provide an overview of the CBAO's committee mandate and let you know what we are trying to do with respect to the legal aspects of this current medical crisis.

First, let me have a look at some of the problematic areas, if I may. There appears to be little doubt, after the committee meetings my committee have held so far, that this is a problem we absolutely must be very concerned about. Although there have been only 430 cases of actual disease reported in Canada thus far, my committee has been advised there are literally thousands of Canadians, and maybe hundreds of thousands, who are no doubt positive for the HTLV-III virus. That being so, those persons, we are told by the medical people, must be considered infectious and capable of passing the infection on to others.

It seemed to our committee, and to the Canadian Bar Association in Ontario, that the overriding concern of the Canadian society is to stop the spread of this deadly disease. And in order to do that, there seems to be little doubt that the rights of some members of our society will unavoidably have to be infringed.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 13 février 1986

The Vice-Chairman: Order, please!

This morning we will hear witnesses in the context of our study of AIDS:

de l'Association du Barreau ontarien, nous accueillons M^{me} Tracy Tremayne-Lloyd, présidente de la section sur le droit de la santé;

and Dr. Alain Gauthier, from the Schiller Institute ad hoc Committee Against AIDS.

Since Mr. Young has arrived, we can hear the witnesses. Before recognizing Mrs. Tracy Tremayne-Lloyd, I want to thank her, as well as Dr. Gauthier, for coming this morning to help us prepare a report as sensible as possible under the circumstances.

Mrs. Tremayne-Lloyd, you have the floor.

Mme Tracy Tremayne-Lloyd (présidente de la section sur le droit de la santé, Association du Barreau ontarien): Merci, monsieur le président.

Je suis en effet avocate à Toronto, et si j'exerce surtout dans le civil, j'ai également un assez grand nombre de dossiers concernant des questions médicales. Je suis actuellement présidente de la section sur le droit de la santé du chapitre ontarien de l'Association du Barreau canadien, et je suis également présidente d'un comité spécial que l'Association du Barreau canadien de l'Ontario a chargé d'étudier les ramifications juridiques du problème du SIDA.

Je voudrais donc ce matin vous dire quelques mots sur les ramifications juridiques, dans notre société, du syndrome d'immuno-déficience acquise, des aspects juridiques de ce problème, et du mandat du Comité de l'ABC de l'Ontario, afin que vous ayez une idée de ce que nous faisons au sujet de cette crise médicale actuelle.

Tout d'abord, parlons des problèmes juridiques que soulève cette maladie. À en juger par les réunions que mon Comité a eues jusqu'à présent, cette situation doit nous inquiéter au plus haut point. Même si 430 cas seulement de SIDA ont été signalés au Canada jusqu'à présent, des témoins ont déclaré à mon comité qu'il y avait des milliers de Canadiens, voire des centaines de milliers, qui étaient porteurs du virus HTLV-III. D'après les médecins, ces gens-là, qui sont porteurs du virus, sont susceptibles de contaminer les autres.

Pour notre Comité, et pour l'Association du Barreau canadien de l'Ontario, la société canadienne doit avoir pour préoccupation essentielle d'endiguer la prolifération de cette maladie fatale. Pour y parvenir, il faudra très certainement empiéter sur les droits de certains membres de notre société.

[Texte]

Now the aim of the legal profession, of course, is to try to ensure justice for all, and in doing that, we try to balance the rights of the individual members of society with the rights of the greater good. In other words, not only must we look at the rights of the unfortunate patient who may be suffering from this disease, but we must also try to examine the rights of those people who do not have the disease and do not want to get it. This judicial balancing of the rights of Canadian citizens has become the overriding aim of the Canadian Bar Association special committee.

• 1110

Very briefly, the first kind of legal problem we have been seeing since this disease became such a problem in our country is society's concern with stopping its spread. Everywhere you go, everyone you talk to—the overriding concern they have is: What are you doing to stop it from spreading? They do not just look to the medical profession regarding that. Obviously, they look at the legislatures and they look at the lawyers: What are you doing to stop it being passed around?

The second problem we are encountering is that of course the victims or patients who suffer from the disease are suffering discrimination. Reported cases are already available that indicate they are suffering discrimination in the receipt of medical attention, in their employment settings, in their housing settings occasionally, and even in insurance matters. That is an area that is of grave concern and has to be addressed.

With respect to the workers in our society, particularly health care workers, we are encountering situations where these people are refusing to work with people suffering from the disease, being understandably concerned about their own safety and their own health and welfare. With those concerns they are refusing in some circumstances to provide their services in the course of their employment.

With respect to the employers and their problems, they are clearly uncertain in the face of public phobia, rising public fears, as to what action they should or can legally take either with respect to an employee who has the disease or with respect to an employee who does not have it but will not work alongside someone who does. The employers are very uncertain as to what their rights are and what they can do or should be doing in those situations.

Legislation is of course currently in place on all of these areas, but the concern and the problems with the legislation appear to be as follows.

First, most of the specially affected persons do not know they have rights, and if they think they have rights then they do not know what these are. Saying that they should run to their local lawyer, in my respectful submission, is not the answer, because, as I am sure most of you know, their local lawyer is likely not to have any more idea what their rights may be or are than they do themselves. Furthermore, most members of Canadian society are not that litigious-minded. They do not want to keep running to their lawyers, and I do not think we want necessarily to foster that—at the risk of my

[Traduction]

Certes, l'objectif du système judiciaire est de garantir le respect de la justice pour tous, et dans cette optique, nous devons essayer de faire un compromis entre les droits de l'individu et les droits de la collectivité. En d'autres termes, non seulement devons-nous défendre les droits de la malheureuse victime de cette maladie, mais nous devons également essayer de protéger les droits de la collectivité, c'est-à-dire de ceux qui ne sont pas atteints de la maladie et qui ne veulent pas l'attraper. C'est donc ce juste équilibre entre les droits de la collectivité et les droits individuels que le comité spécial de l'Association du Barreau canadien s'efforce de réaliser.

Le premier aspect juridique du problème que pose cette maladie est la nécessité d'endiguer sa prolifération. Partout on nous demande quelles mesures nous allons prendre pour enrayer cette épidémie, et cette question, on ne la pose pas seulement aux membres de la profession médicale. En effet, c'est aussi aux assemblées législatives et aux avocats que le public demande de prendre les mesures qui s'imposent.

Deuxièmement, nous avons constaté que les victimes de cette maladie souffrent également de discrimination. Des cas nous ont déjà été signalés, qui montrent que ces malades ont été victimes de discrimination au niveau des soins médicaux, dans leur milieu de travail, parfois même chez eux et pour les polices d'assurance. C'est donc un grave problème qu'il importe d'examiner sans tarder.

En ce qui concerne les droits des travailleurs, et notamment du personnel médical et paramédical, nous avons constaté que certaines personnes refusaient de travailler avec des victimes de cette maladie, car elles craignaient pour leur propre sécurité et pour leur propre santé. Cette peur les amène donc, dans certaines circonstances, à refuser de fournir les services qu'elles doivent en principe assurer de par leurs fonctions.

En ce qui concerne les employeurs, ils ne savent pas très bien, devant cette panique générale, quelles mesures ils pourraient ou devraient prendre au sujet d'un employé atteint de la maladie ou d'un autre employé qui n'en est pas atteint mais qui ne veut pas travailler avec celui qui en est atteint. Les employeurs ne savent pas très bien quels sont leurs droits et ce qu'ils peuvent ou doivent faire dans ce genre de situation.

Des lois ont été adoptées dans tous ces domaines, mais il semble qu'elles aussi suscitent des problèmes.

Tout d'abord, la plupart des victimes de cette maladie ne savent pas qu'elles ont des droits, et si elles le savent, elles ignorent en quoi ils consistent. La solution n'est pas de leur recommander d'aller voir l'avocat du coin, car, comme vous le savez, cet avocat n'aura certainement pas une idée plus précise qu'elles sur la nature de leurs droits. De plus, la majorité des Canadiens ne cherchent pas la «chicanerie», au sens propre du terme, et nous ne voulons pas nécessairement les encourager à s'adresser immédiatement à leur avocat, même si cela chagrinerait certains de mes collègues. Ce que veulent les victimes de cette

[Text]

colleagues in the profession being upset with that notion. I think all they really want to know is that there are some rights out there and that the legislatures and the lawyers are ensuring they are all protected whatever segment of society they happen to come from.

The second problem is that those persons who do know that there is legislation in place and what the legislation says—and I am referring to the medical profession in particular—unfortunately are interpreting the legislation best to accord with their own conscience and their own views of ethics and confidentiality. It is a completely understandable position, but it gives rise to some considerable difficulty when they are individually interpreting the legislation on their own notions of ethics and fair play.

Third, even when the reporting requirements of the current legislation are complied with by the various people who are obliged to report, we have learned that the medical officers of health are not utilizing the power they have to trace and follow up potential contacts.

• 1115

Those are some of the problems. It is my submission to you that confidence in our system is dangerously undermined when these kinds of circumstances continue to exist around so important and sensitive a problem as the one we are facing with AIDS.

I do not know whether any of you or some of you are lawyers, but at the risk of insulting those of you who are, let me just give you an overview of the law in existence at the present time. First of all, about the problem I said about the spread—what are we doing about the spread of the disease—in Ontario we have the Health Protection and Promotion Act. Pursuant to that act, certain members of society most likely to be aware that someone is or may be infected with an agent of this disease are obliged to report to the medical officer of health.

There is similar legislation across the country, with the exception of a couple of provinces, but I do not believe there is legislation of this kind in Quebec. That is a big concern. Our information coming to our committee in Ontario is that so far the Quebec legislators have failed to address it. Perhaps they prefer to pretend it does not happen in French Canada; I do not know. But there does seem to be a problem in getting reportability provisions in Quebec, and I think that has to be examined, because obviously that is a big centre. It is not like a small province. We are looking at great numbers of people, and there does appear to be a risk there.

But as I said before, the other problem with the Health Protection and Promotion Act or similar reportable legislation is that it is not being used properly. There are physicians who say, well, look, it says we have to report AIDS; if someone has a positive HTLV-III virus—and I am sure you all know what that is—or antibody test, they do not have AIDS, so we do not have to report that. But the way the legislation was drafted, I submit to you that what was contemplated was indeed to report people who are potentially infectious and capable of

[Translation]

maladie, c'est que les droits qui sont les leurs soient protégés par les assemblées législatives et par les avocats, quelle que soit leur origine sociale.

Deuxièmement, ceux qui connaissent les textes législatifs en vigueur, et je veux parler de la profession médicale en particulier, interprètent malheureusement ces textes en fonction de leur propre conscience et de leurs propres valeurs morales. Cela est fort compréhensible, mais une interprétation aussi individuelle et aussi subjective suscite des difficultés considérables.

Troisièmement, même lorsque les personnes visées signalent bien les cas de SIDA comme la loi les y oblige, il semble que les responsables médicaux de la santé n'exercent pas tous les pouvoirs dont ils disposent pour retrouver les personnes qui ont pu avoir des contacts avec la victime.

Voilà quelques-uns des problèmes. J'estime que la confiance que nous avons dans le système est dangereusement minée par le fait que de telles circonstances continuent d'entourer ce problème si important et si épineux, c'est-à-dire le SIDA.

Au risque d'ennuyer ceux d'entre vous qui sont avocats, s'il y en a, je vais me permettre de dégager les grandes lignes de la loi actuellement en vigueur. Tout d'abord, en ce qui concerne la propagation de cette maladie, dont j'ai parlé tout à l'heure, il existe en Ontario une loi intitulée Loi sur la protection et la promotion de la santé. Aux termes de celle-ci, les membres de la société les plus susceptibles d'apprendre que quelqu'un porte ou pourrait porter l'agent qui est à l'origine de cette maladie doivent le signaler à l'agent de la santé publique.

Sauf quelques exceptions, toutes les provinces ont des lois analogues. Sauf erreur, il n'y a pas de lois semblables au Québec et cela est un grave problème. Selon nos renseignements, les législateurs du Québec n'ont rien fait, jusqu'à ce jour, pour y remédier. Peut-être se sont-ils convaincus que cette maladie n'existe pas au Canada français. Il semble toutefois qu'on n'ait pas réussi à obliger les intéressés à signaler aux autorités publiques les cas de SIDA au Québec et je crois qu'il faudra trouver une solution, étant donné l'importance de la population de cette province. En effet, celle-ci n'est pas petite, elle compte une importante population et on semble courir des risques.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, la Loi sur la protection et la promotion de la santé, ainsi que les lois analogues, comportent une autre lacune, à savoir qu'elles ne sont pas appliquées comme elles devraient l'être. Il y a des médecins qui se disent, «Eh bien, la loi exige que nous signalions les cas de SIDA, mais si un patient a un résultat positif et qu'il a par conséquent les anticorps au HTLV-III, il n'a pas le SIDA, et par conséquent je n'ai pas besoin de signaler son cas». Pourtant, je crois que la loi avait pour objet d'obliger les médecins et autres à signaler

[Texte]

infecting others, whether or not they have gone up the pyramid actually to blossom into the full disease. But that is not how it is being interpreted.

In some respects you cannot blame the health professions for that. I have with me a pamphlet that is put out by the Ministry of Health in Ontario. I was called and it was brought to my attention by a couple of physicians that item 15 on . . . This is a pamphlet that is a guideline for persons who have developed the antibody to HTLV-III. It is a very good, very informative pamphlet. Question 15 on it is—this is directed at the patient—will the test results be kept confidential? And the answer is yes, everything that occurs between doctor and patient is kept in confidence. Your written permission is required before any medical information can be released.

You can understand why the health professionals then say, how can I report this? We are promising people. We are undertaking that we will not do so unless we have permission in writing. On the other hand, we have an existing law that says, you must. So I think we are running into a problem of what is confidentiality, when is it appropriate to breach it in the interests of the greater public good, and how should our health professions cope with the kinds of assurances to their patients that indeed everything is confidential.

So those are some of the concerns, although there are many others. That is a sort of overview of some of the concerns on the spread issue.

About the employee, there have been instances in Ontario, certainly, where employees have refused to work, and they have done so purporting to invoke their rights under the Occupational Health and Safety Act. Pursuant to that act, a person has an absolute right to refuse to work if their own health or safety is in jeopardy.

• 1120

But of course the interesting aspect to that act is that your refusal must be reasonable and you must be in danger; you must, on the facts of things, be in danger. Of course, many of the people who try to invoke those provisions in this context are doing so more out of fear and phobia than fact. Currently the evidence that certainly my committee has been given, from a medical point of view, seems to suggest that this is not an easy disease to catch. It is a very difficult disease to catch. You might even say you are really going to have to work at it to get it. You are not going to get it in the street, or at work, or in a restaurant. Unfortunately, we can say that all we want, but I am not sure that the public is totally convinced about that yet.

So there are some problems with that. But the employees at least do have an avenue under the Occupational Health and Safety Act, where they can air their grievances and their fears and their phobias if they are indeed fearful of working with someone who has the disease. They may not be thrilled with the ultimate outcome but there is an avenue where they can have their grievances looked into.

[Traduction]

aux autorités publiques les personnes qui pourraient être infectieuses, que la maladie ait ou non évolué pour devenir le SIDA, mais, malheureusement, ce n'est pas cette interprétation que l'on donne au texte de loi en question.

A certains égards, les médecins ne sont pas coupables. J'ai, ici, une brochure qui est publiée par le ministère de la Santé de l'Ontario et qui fournit des conseils aux personnes ayant les anticorps au HTLV-III. Il s'agit d'une excellente publication bourrée d'informations, mais certains médecins ont porté la question n° 15 à mon attention. En effet, on peut y lire que les résultats des tests seront confidentiels, au même titre que tous les échanges entre médecins et patients. Pour transmettre des renseignements à caractère médical, il faut obtenir la permission écrite du patient.

Vu cet engagement, vous pouvez comprendre pourquoi les professionnels de la santé hésitent à signaler les cas de SIDA aux autorités publiques. D'une part, les médecins s'engagent à ne pas divulguer de renseignements à moins d'avoir une permission écrite, mais, d'autre part, la loi les oblige à signaler les cas. Je crois qu'il va falloir se pencher sur la notion de confidentialité afin de déterminer quand il y a lieu de passer outre à ce principe lorsque les intérêts du public l'exigent et il va falloir aussi élaborer des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé, lignes directrices qui régiront la confidentialité des renseignements médicaux.

Voilà donc quelques-unes de nos nombreuses préoccupations, particulièrement au sujet de la propagation de cette maladie.

Pour ce qui est des employés, certains employés ontariens ont parfois refusé de travailler, en invoquant leurs droits aux termes de la Loi sur la santé et la sécurité professionnelle. En vertu de cette loi, quiconque peut refuser absolument de travailler s'il estime que sa santé ou sa sécurité est menacée.

Bien entendu, vous devez avoir des motifs raisonnables pour refuser de travailler et, dans les faits, votre vie doit être en danger. Dans le contexte du SIDA, bon nombre des personnes qui refusent de travailler le font pour des motifs fondés, non pas sur les faits, mais plutôt sur la peur et les phobies. Chose certaine, les renseignements médicaux rassemblés par mon comité indiquent que cette maladie est très difficile à contracter. On pourrait même aller jusqu'à dire que pour contracter le SIDA, il faut faire de sérieux efforts. Vous n'attraperez pas cette maladie dans la rue, au travail, ou au restaurant. Malheureusement, malgré toutes nos assurances, je suis certain que le public n'est pas tout à fait convaincu.

Or, il y a des problèmes dans ce domaine. Toutefois, la Loi sur la santé et la sécurité des professionnels prévoit certaines modalités qui permettent aux employés de formuler leurs doléances et d'étaler leurs phobies, si vraiment ils ont peur de contracter la maladie d'un collègue. Ils n'obtiendront peut-être pas gain de cause, mais ils ont néanmoins la possibilité de se prévaloir de ce mécanisme.

[Text]

Now, for the victim of this unfortunate disease, we have to really only look at the human rights codes. In Ontario, you will not find a protected person under our code, someone with a particular sexual preference or someone who is suffering from AIDS. You will not find that person as a protected person listed in the code. But under the rubric of handicapped person it may be possible to... If a victim or a patient is discriminated against on the basis of his medical condition, he may be able, under the rubric of handicapped, to invoke the provisions of the human rights legislation.

The difficulty with that, as we see it, is that not everybody who has this problem is handicapped. It is not until they become very ill that one might be able, as a factual legal matter, to term them as handicapped persons. So there may be people who are being discriminated against because they are either in a high-risk group, and people think they have it, or because they do indeed have a positive antibody report. We might not be able to catch those under the "rubric of handicapped", but that is something that we are currently examining.

For the employers, of course, they are worried about their civil liability. They are worried they are going to be sued for wrongful dismissal if they let go either an employee who has the disease or an employee who refuses to work with someone who has the disease. They are reasonably concerned about what their civil liability is going to be. That is a real problem.

There is one case that I think has been dealt with by the Ontario Labour Relations Board in Ontario, where a home care nurse did not want to provide services and the employer suspended her while the matter was being investigated by the board. Although this is not a reported decision, my information is that the board found her refusal was unjustified, given the current state of medical knowledge. That being so, the suspension by the employer of that employee when she refused to work was justifiable and quite legal under the circumstances.

So having given you that overview, let me tell you about the mandate of the CBAO committee. It is a tough one. What we have tried to do is start off by listening to the concerns of the specially affected people in society. We began with a study day for the whole committee. Some of the disease control people from Ottawa came to talk to us and educate us.

We did some other things to educate ourselves, and then we embarked upon a series of public input meetings which are still under way. In fact, the insurance industry are coming to talk to us tonight. We have been listening to the nurses, the doctors, the prison authorities, the dentists, the insurance industry, the gay community, the AIDS Committee of Toronto. We have been inviting these people to come to talk to the committee in confidence. Tell us what is really troubling you. What do you think the lawyers ought to be looking into? What kinds of things are you looking for from the law? And we have learned a great deal in these public input meetings.

[Translation]

Pour ce qui est de la protection des victimes de cette grave maladie, il n'existe en réalité que les codes des droits de la personne. En Ontario, on ne protège pas les personnes qui ont des préférences sexuelles particulières ou qui sont atteintes du SIDA. Toutefois cependant, elles peuvent, peut-être, se prévaloir des dispositions applicables aux handicapés et faire valoir qu'elles font l'objet d'une discrimination fondée sur leur état de santé et ainsi, bénéficier d'une protection aux termes de la Loi sur les droits de la personne.

Le problème est que cette forme de discrimination touche également des personnes qui ne sont pas effectivement handicapées par la maladie. En fait, seuls les malades qui sont très souffrants pourraient, peut-être, être considérés handicapés tel que l'entend la loi. Or, certaines personnes font peut-être l'objet de discriminations, soit parce qu'elles font partie d'un groupe à risque élevé, et que l'on suppose qu'elles ont la maladie, soit qu'elles ont un résultat positif et qu'elles ont les anticorps. Il se pourrait bien que ces personnes ne soient pas effectivement handicapées et qu'elles ne bénéficient pas de la protection de la loi, mais nous sommes en train d'étudier cette question.

Quant aux employeurs, ils sont préoccupés par leurs responsabilités en vertu de la loi. Ils craignent des poursuites, pour renvoi sans motif valable, s'ils remercient un employé qui est atteint de la maladie ou un employé qui refuse de travailler avec une personne atteinte de la maladie. Les employeurs ont de bonnes raisons d'être inquiets et c'est un réel problème.

Je crois qu'il y a eu un cas en Ontario, sur lequel s'est penchée la Commission des relations de travail de cette province. Une infirmière dispensant des soins à domicile a refusé de fournir les services et son employeur l'a suspendue pendant l'enquête. Bien que la décision n'ait pas été rendue publique, je crois savoir que la Commission a jugé son refus injustifié, étant donné les connaissances dont nous disposons actuellement. Dans les circonstances, la suspension pour refus de travailler était justifiable et tout à fait légale.

J'ai terminé l'exposé de nos principales préoccupations et je vais maintenant vous décrire le mandat du comité de l'Association du barreau de l'Ontario, mandat qui constitue un réel défi. Notre point de départ a été un recensement des préoccupations des personnes les plus touchées. Nous avons d'abord tenu une journée d'information à l'intention de l'ensemble du comité et à laquelle assistaient des spécialistes de la propagation des maladies, venus d'Ottawa.

Nous avons ensuite rassemblé des renseignements additionnels; après quoi, nous avons organisé une série de réunions, où le public peut se faire entendre, lesquelles n'ont pas encore pris fin. En fait, ce soir nous allons entendre des témoins de l'industrie de l'assurance. Nous avons consulté des infirmières, des médecins, les autorités carcérales, des dentistes, l'industrie de l'assurance, la communauté gaie et le comité du SIDA de Toronto. Nous les avons invités à comparaître à huis clos et leur avons demandé de nous faire part de leurs craintes et de formuler des recommandations au sujet des travaux que devraient entreprendre des avocats et des modifications qu'il

[Texte]

We think we are assembling the facts now, and not fiction, and that is exactly what we are trying to do.

• 1125

We hope to put together a report which we do hope to have available by April this year. It is something we do not think we can sit on. I would like you to appreciate that everybody on the committee is a full-time practising lawyer, and work on this committee is entirely voluntary. We do it on our own time; we do it without remuneration. But we feel the public deserve that kind of input from the legal profession, and they deserve to feel that the legal profession, as well as the medical profession, are carrying some of the responsibility for the current unfortunate situation that faces our society as a whole.

In the report, we hope to overview the current law to examine the existing civil rights and human rights legislation, confidentiality versus public protection and the like. We hope then, if we feel it necessary, to make any recommendations to government for legislative amendment or reform that we feel might be useful in the face of what we have learned from the people who have spoken to us. But above all else, we want to get the information to the Canadian public, particularly the Ontario public. We want to assure them that our profession is concerned and is carrying the responsibility to assist society in coping with the disease.

Those are the submissions I would like to make to you, but I would be happy to answer any questions the committee may have of me. Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: On behalf of the members I would like to thank you for your factual, very interesting presentation. Let us go now to the question period. Mr. Young will start.

Mr. Young: It is hard to know where to start. We will start at the end, where you finished off.

I had occasion yesterday to meet with a young woman whose father had died of AIDS last December, I believe. The story she told me was absolutely incredible. I thought this committee and others had finally gotten a handle on it, and after talking to this young woman, it was quite obvious that we had not, and neither has the public.

Both the family and her father had tremendous problems, first of all, in finding information about AIDS: how best the family could deal with it; how best her father could deal with it. It was extremely difficult to find that information. I thought the information was out there; it obviously is not. She told me a story about the insensitivity of the medical profession towards her father and the family, the discrimination that took place towards the family once it was widely known within the

[Traduction]

faudrait apporter à la législation. Nous avons déjà beaucoup appris pendant ces réunions. Il ne s'agit donc pas de grande théorie, pour le moment, mais tout simplement d'essayer de cerner la réalité des faits.

Nous espérons qu'il en sortira un rapport, dès le mois d'avril de cette année, et il n'est pas question, pour nous, de vouloir garder cette information par-devers nous. Je tiens à vous faire remarquer, par ailleurs, que les membres de notre comité sont tous avocats à temps plein et que leur participation à nos travaux est absolument bénévole. Mais étant donné la situation difficile dans laquelle se trouve l'ensemble de notre société celle-ci doit pouvoir attendre de ses médecins et de ses avocats qu'ils prennent leurs responsabilités, et l'intérêt général justifie donc cet engagement de notre profession.

Nous espérons, dans notre rapport, pouvoir analyser la question du secret dans ces rapports avec la protection de l'intérêt général, et cela du point de vue des dispositions actuelles sur la protection des droits de la personne. Suite à cette étude, et compte tenu de l'information que nous avons glanée sur le terrain, nous pourrions—si nécessaire—recommander certaines réformes législatives au gouvernement. Mais ce qui nous importe avant tout c'est de pouvoir informer très largement le public canadien et tout particulièrement le public ontarien. Nous tenons également à bien faire savoir à la population que notre profession se sent concernée et qu'elle est prête à faire face à ses responsabilités et à l'assister dans cette épreuve.

Voilà ce que nous avons à vous dire, mais nous sommes prêts à répondre à toute question que le Comité voudrait nous adresser. Merci, monsieur le président.

Le vice-président: Je tiens à vous remercier pour cet exposé extrêmement concret et également très intéressant. Passons maintenant aux questions. Monsieur Young posera la première.

M. Young: On ne sait pas très bien par quoi commencer. Commençons, si vous voulez, par la fin.

J'ai rencontré hier une jeune femme dont le père a été emporté par le SIDA, au mois de décembre dernier si je ne me trompe. Le récit qu'elle m'a fait avait quelque chose de véritablement incroyable. J'avais l'impression que notre Comité, et d'autres du même genre, savaient enfin maintenant de quoi il s'agissait, mais après avoir parlé à cette jeune femme, je me suis aperçu qu'il n'en était de toute évidence pas ainsi, et que la population n'était pas logée à meilleure enseigne.

La famille de cette jeune femme, et son père lui-même, se sont heurtés à des difficultés énormes, et tout d'abord pour tout simplement s'informer sur ce qu'était le SIDA, et sur la meilleure façon pour sa famille—et notamment son père—de faire face à la maladie. Voilà donc des gens qui ont d'abord eu beaucoup de mal à pouvoir se renseigner. Je croyais que l'on avait déjà fait tout un travail d'information, et je m'aperçois qu'il n'en est pas du tout ainsi. Par ailleurs, et d'après le récit de cette jeune femme, la profession médicale est restée

[Text]

community that her father had AIDS, the total lack of any kind of available community support services.

It has become quite clear to me again overnight that the main question that would have to get out—and I think it is reflected in the things you have told us—is that the information just is not getting out there to the Canadian public through whatever avenues are available. She told me she had even contacted the office of the Minister of National Health and Welfare, and they could not give her any information; yet there are all kinds of pamphlets available. The Minister has been extremely sensitive to the issue, yet his office staff apparently did not even know what to say to this woman. She was not even told this committee was in existence, which I find absolutely incredible. I want to have a chat with Jake privately about that.

Let me just deal with a couple of other points, though. You mention there should be some kind of universal screening process. Would that not be a violation of the Charter of Rights?

Ms Tremayne-Lloyd: I do not think it would. We have always recognized, as a society, that there are instances when an individual's personal rights must be infringed, albeit as gently and as little as possible, in order to protect the greater public good. We have always had reporting conditions on things like syphilis and VD and even tuberculosis. This disease is a communicable, highly contagious disease.

• 1130

We do not want wholesale legislative abolition of people's personal rights, but do not forget that in our Charter we have an override that the Americans do not have. Our Charter makes any infringement of rights acceptable if it can be reasonably justified—demonstrably justified in a free and democratic society. That is the override of our whole Charter. So if what one is attempting to do can be demonstrably justified in a free and democratic society, then a violation of rights is acceptable under our own Charter. So then the question becomes: Is it reasonably or demonstrably justifiable? I do not think anybody, not even the people mostly affected, the high-risk groups, would argue that there should not be some form of reportability as gently and maintaining as much confidentiality as possible in the interests of protecting Canadian society.

Mr. Young: Let me pursue that for a second, because it seems to me it is extremely important that if we are going to have an opportunity to control this disease, we would have to have that confidentiality maintained between the physician and the patient, obviously because of the discrimination I just spoke about, through the lack of understanding of how AIDS is contracted and spread and that kind of thing. How do you

[Translation]

complètement insensible aux difficultés de cette famille, tandis que celle-ci faisait l'objet d'une espèce de mise en quarantaine de la part de la collectivité dès que l'on apprit que son père avait le SIDA; elle s'est plainte également de l'absence totale de services communautaires de soutien.

J'ai donc du jour au lendemain réalisé que la question la plus pressante en ce moment—et je pense que cela se retrouve également dans votre exposé—est celle de la diffusion de l'information auprès du public canadien, et cela par tous les moyens dont on peut disposer. Cette jeune femme s'est même adressée au bureau du ministre de la Santé nationale et du Bien-être, sans pouvoir y obtenir le moindre renseignement; il y a pourtant des tas de brochures qui sont prêtes. On sait que le ministre a été sensibilisé au plus haut point à ce thème, et l'on constate par ailleurs que cette femme n'a rien pu obtenir de ses assistants. On ne lui a même pas dit, et je trouve cela absolument incroyable, que ce Comité existait. J'ai bien l'intention d'en toucher deux mots à Jake.

Mais permettez-moi d'aborder maintenant ce que vous nous avez dit à propos d'une opération générale et systématique de dépistage. Ce genre d'opération ne serait-il pas en contradiction avec notre Charte des droits?

Mme Tremayne-Lloyd: Je ne le pense pas. On a toujours admis, dans notre société, que certains cas de force majeure, eu égard à l'intérêt général, pouvaient exiger que l'on prenne des mesures qui empiètent—aussi peu et aussi prudemment que possible—sur les droits de l'individu. Vous savez très bien que les cas de syphilis, ou les autres maladies vénériennes et même de tuberculose, doivent être déclarés à l'administration. Or il s'agit bien ici d'une maladie transmissible, et même hautement contagieuse.

Il ne s'agit pas, dans notre esprit, de procéder à une abrogation générale des dispositions protégeant les droits de la personne, mais n'oublions pas que nous avons prévu dans notre Charte, à la différence des Américains, une possibilité de dérogation, et de remise en cause de certains droits, lorsque—et selon les normes d'une société libre et démocratique—on peut de façon raisonnable justifier la dérogation, laquelle peut d'ailleurs s'appliquer à n'importe laquelle des dispositions de la Charte. Si donc l'objectif poursuivi est justifiable, du point de vue d'une société libre et démocratique, la Charte nous y autorise. La question est donc de savoir si nous pouvons justifier ce que nous voulons faire. Dans le cas présent, je ne pense pas que quiconque, ni même les personnes directement frappées, et notamment les groupes à risques, puissent s'opposer à ce que l'on mette en place un dispositif, aussi humain et confidentiel que possible, de comptabilisation des cas, dans l'intérêt de l'ensemble de notre société.

M. Young: Je pense que c'est extrêmement grave, et j'aimerais continuer à vous poser des questions là-dessus. En effet, si nous voulons d'un côté pouvoir contrôler cette maladie, il faut tout de même d'un autre respecter le secret médical, et cela pour éviter toute réaction de la collectivité, comme je vous en ai parlé tout à l'heure, étant donné le manque d'informations générales sur la façon dont la maladie se transmet et se

[Texte]

maintain that need for confidentiality between the doctor and the patient and still get a handle on things? You mentioned venereal disease. I am certainly no expert in that area, but it is my understanding that the confidentiality is indeed maintained, even though it may be reported to the local Ministry of Health or Department of Health.

Ms Tremayne-Lloyd: I think that is one of the difficulties. Of course confidentiality should be maintained, but it depends what you mean by confidentiality. If you are reporting something to a central agency, whether it is the provincial agency or the federal agency, it is a little bit hypocritical to talk about confidentiality. Most of us think by confidentiality that it will go no further than this one person, just like a lawyer's confidentiality. You think it will only go to your lawyer and it is not going to go anywhere else. I think people's perceptions of what exactly is confidentiality is a little naive.

For example, under the provisions of our provincial insurance act, the patient's right to confidentiality was expressly legislated away in the interests of the government being able to audit the public purse. What I mean by that is every physician has to send in the cards to OHIP. They have to put the diagnosis on the cards; it has to be accurate information. But that does not stop there.

In order that the government can audit the public purse and ensure that the purse is not being abused, there are provisions in that legislation that the government can appoint—it is an arm of the professional body, but they are really appointed by the government—inspectors to go into the physician's office, look through all of his records, make photocopies of all patient records, report back to a review committee, then report back to the plan; and if the doctor wants to challenge what they want to do to him, then he has to go before a tribunal. Now, when it gets before the tribunal, you have to use the records. That is the evidence.

And the patient has absolutely no right to prevent that. The patient cannot come along and say, you cannot look at my chart in my doctor's office. They have no right to do that. So where is the confidentiality?

Yes, it exists, but it exists only up to a point and then it is... I am not telling you I agree with that, but I am just using it as an example of where there are some times you breach confidentiality, but in a very limited sense. Of course, there are secrecy provisions under the legislation that the MOH, the Medical Officer of Health, and his staff must maintain absolute secrecy, and of course they should, and we should be careful that people in those positions are screened sufficiently to ensure they understand the sensitivity of their jobs. But to have absolute confidentiality, you would have to have absolutely no right whatever to go past the first person.

• 1135

Mme Bertrand: Madame, je vous remercie pour votre exposé.

[Traduction]

répand. Comment donc suivre l'évolution de l'épidémie d'un côté, tout en respectant le secret médical de l'autre? Vous nous avez parlé du cas des maladies vénériennes. Je ne suis pas expert en la matière, mais si je ne me trompe, et en dépit du fait que l'on déclare peut-être les cas au ministère de la Santé, le secret médical est toujours respecté.

Mme Tremayne-Lloyd: C'est précisément une des difficultés à laquelle nous nous heurtons. Bien sûr qu'il faut respecter la notion de secret médical, mais tout dépend du sens que l'on donne à ce terme. Il est un petit peu hypocrite de continuer à parler de secret médical si l'on est par ailleurs tenu de déclarer les cas à un organisme de l'administration centrale, provinciale ou fédérale. Comme dans le cas des rapports entre un client et son avocat, on a tendance à penser que seul celui-ci est au courant. Les gens ont donc souvent une vision un peu naïve de la façon dont fonctionne ce secret.

Ainsi, et parce que le gouvernement a besoin de faire procéder à une vérification des comptes publics, la Loi provinciale sur les assurances a été obligée de supprimer le secret médical, dans la mesure où chaque médecin est obligé d'envoyer une fiche à OHIP, sur laquelle sont consignés des renseignements très précis, et un diagnostic. Et les choses ne s'arrêtent pas là.

En effet, pour pouvoir mener à bien cette vérification des comptes publics, et pour s'assurer que ceux-ci sont bien tenus, certaines dispositions de la loi permettent de nommer—même si ce sont des membres de la profession, ils sont nommés par le gouvernement—des inspecteurs qui ont le droit de pénétrer dans le cabinet du médecin, de vérifier ses dossiers, et même de faire des photocopies des fiches de ses patients, pour faire ensuite un rapport à un Comité de vérification, qui fait ensuite son rapport au plan; si d'aventure un médecin veut s'opposer à l'inspection, il doit le faire devant un tribunal. Or, on aura besoin, devant le tribunal, et pour les preuves, de se servir de ces mêmes dossiers médicaux.

Et cela le malade ne peut absolument pas s'y opposer. Il ne peut pas exiger que sa fiche échappe à l'inspection, si celle-ci a été autorisée. Où est donc le secret médical dans tout cela?

Il s'agit bien effectivement de renseignements confidentiels, mais jusqu'à un certain point seulement... Je ne veux pas ici me faire l'avocate de ce système, mais tout simplement vous le citer pour exemple, afin de vous montrer qu'il arrive que l'on contrevienne—dans une mesure sans doute très limitée—aux dispositions sur le secret. Il est évident que la loi exige du médecin-hygiéniste, et de ses assistants, une discrétion absolue, et il faudrait évidemment—nous devrions y veiller—que le personnel affecté à ce genre d'opération soit un personnel choisi et convaincu de la nature très particulière de sa tâche. Pour assurer le secret total, il devrait être interdit d'aller au-delà de la première personne.

Mrs. Bertrand: Thank you for your presentation.

[Text]

Vous avez parlé tout à l'heure des différentes lois provinciales sur la protection de la santé. Vous vous demandez s'il y en a dans toutes les provinces et vous vous inquiétez de la façon dont elles sont mises en application. Vous avez aussi parlé de toutes les possibilités que donne maintenant la Charte des droits et libertés comparativement à ce qu'ont les citoyens américains.

Seriez-vous en faveur de mesures législatives fédérales ou provinciales qui obligerait les médecins ou un organisme quelconque à faire rapport des cas de SIDA dont ils ont connaissance?

Ms Tremayne-Lloyd: I personally think it is a good thing. In saying that, I do not want to be taken to be speaking for the whole committee. Although I am chairman of the committee, that final determination has not come down from my committee yet.

Personally, I think it is essential. If we are to stop the spread of the disease, the only way we can do it is to have, with the safeguards, appropriate legislation on reportability. I do not believe there is any other way. I hope the whole committee will come to that decision, and that certainly seems to be the prevailing mood at the moment: that it is a good thing. It is definitely justified.

More important is how do we implement it, and how do we implement it in a way meaningful for society and at the same time protect and balance the rights of the individual.

Mme Bertrand: J'imagine qu'une telle loi devrait nécessairement être adoptée par les législatures provinciales.

Ms Tremayne-Lloyd: It might have to be, just on constitutional grounds. I would have to look at that and see where the federal government might be able to come in. But it may very well be a provincial mandate. It may be up to them. But the provinces are always persuaded, I think, by what the federal government's views are, and to that extent I think the federal government has a very important role to play.

Mme Bertrand: Est-ce que les gouvernements provinciaux ne seraient pas très craintifs en ce qui concerne la protection que la Charte des droits et libertés pourrait accorder aux citoyens ou aux victimes?

Ms Tremayne-Lloyd: I do not know if you would use the word "fearful". It may be a literal translation from the French. But I certainly think you have to be cognizant of the provisions of the Charter. I think we have to be careful never to water down the provisions of the Charter, and not to look like we are starting to water them down. I would be the first to defend the Charter and the rights it provides to the very best of my ability. But, yes, we should be cognizant, and yes, we should try very hard in any implementation of legislation on this issue to ensure that we do only what is necessary and nothing more. It is my submission to you that that is a very essential element in any consideration.

Mme Bertrand: Merci beaucoup.

Mr. Redway: Ms Tremayne-Lloyd, thank you very much for coming and enlightening us on some of these interesting legal

[Translation]

You mentioned the various provincial laws governing health protection. You were wondering whether such laws exist in all provinces and you are concerned with the ways in which they are enforced. You also mentioned the various possibilities opened up by the Charter of Rights as compared to the American situation.

Would you be in favour of federal or provincial legislation which would make it mandatory for doctors or institutions to report on cases of AIDS of which they are aware?

Mme Tremayne-Lloyd: J'estime pour ma part que ce serait une bonne chose. Mais je tiens à souligner que même si je suis présidente du Comité, le Comité ne s'est pas encore prononcé sur cette question.

Personnellement, j'estime que c'est une mesure indispensable. Si l'on tient à enrayer la propagation de la maladie, il faut outre les mesures de sauvegarde, qu'il soit obligatoire, en vertu de la loi, de signaler les cas aux autorités. Il n'y a pas d'autre issue à mon avis. J'espère d'ailleurs que le Comité tout entier se ralliera à cet avis, et je pense bien que c'est ce qui va se passer.

La question est de savoir comment mettre pareilles mesures en vigueur pour assurer en même temps la protection de l'individu et de la société.

Mrs. Bertrand: I imagine such legislation would have to be approved by all provincial legislatures.

Mme Tremayne-Lloyd: Sans doute, ne serait-ce que pour des raisons constitutionnelles. Il faudrait vérifier quelle serait la compétence du gouvernement fédéral; mais il se peut bien qu'en l'occurrence ce serait aux provinces d'agir. Mais comme généralement les provinces emboîtent le pas au gouvernement fédéral, le rôle de ce dernier est essentiel.

Mrs. Bertrand: Would provincial governments not be concerned about the protection afforded to both citizens and victims by the Charter of Rights?

Mme Tremayne-Lloyd: Je ne pense pas qu'ils aient à être préoccupés mais il est évident qu'il faut tenir compte des dispositions de la charte. Il n'est pas, bien entendu, question de chercher à saper les dispositions de la charte. Je serais d'ailleurs la première à défendre les droits prévus par la charte. Il est donc important de tenir compte de tous ces facteurs et de ne pas passer outre à la loi. Cela effectivement est un facteur clé.

Mrs. Bertrand: Thank you very much.

M. Redway: Je vous remercie de nous avoir expliqué en détail les aspects juridiques de la question.

[Texte]

issues. As a lawyer, I was not insulted by your review of the law. It was very helpful.

I take it, however, that since you are going to be reporting by April of this year and you have a committee that is reviewing the matter, perhaps it is still a little premature to have anything concrete for us in the way of specific recommendations. Is that what you are telling us?

• 1140

Ms Tremayne-Lloyd: It is absolutely premature because even our public input meetings are not finished yet. We have about two or three more to go. We have sort of started to formulate our statement on what we believe to be the medical issue because obviously we had to accept what the medical people told us on that—we are not doctors—and that has to form the basis of where we go with the recommendations. That part is sort of in hand.

It is a little premature on recommendations, but I do hope that we will have some.

Mr. Redway: As for your comments about getting the input from the public and from the medical profession, that also relates to another comment you made about a wrongful dismissal claim and the question of the Ontario Labour Relations Board's decision, in that one particular case in any event. That relates to something you indicated, the state of current medical knowledge on the subject of AIDS.

In your opinion, is there enough medical knowledge at this stage to come to some definitive recommendations from a legal point of view, and is the knowledge changing at such a rate that your recommendations are going to be changing quite frequently as well with the state of that medical knowledge? Or have we reached a state now with medical knowledge where you feel you could give some very definitive recommendations for a reasonable length of time into the future?

Ms Tremayne-Lloyd: The answer is that, yes, we have reached a level where I think we can give recommendations that will be for a period of time into the future. I say that because my committee were both astounded and delighted when we did our study day on the medical point and had all these different people come and speak with us and give us papers and address us and answer our questions. We had, needless to say, like you—a bunch of lawyers in a room having a whole panel of medical experts at their disposal—a million questions. We were absolutely delighted to find out that, quite contrary to what most of us believed, yes, it is changing but it is not changing at such a rapid rate or in the areas that would necessarily affect the action we ought to be taking for the public's protection and the protection of the individuals. It is not changing that fast.

Yes, based on what we heard, and what we believe to be correct information because we went to the people who are supposed to know, it seemed to us that there is sufficient there and there is sufficient stability there to start basing some legal positions.

[Traduction]

Je présume qu'étant donné que votre rapport doit être déposé pour le mois d'avril et que votre Comité est encore en train d'étudier la question, vous n'avez pas encore de recommandations à nous proposer.

Mme Tremayne-Lloyd: C'est effectivement trop tôt, car il nous reste encore deux ou trois réunions publiques à organiser. Nos recommandations seront basées sur la situation médicale telle que les spécialistes nous l'ont expliquée, car nous ne sommes pas médecins nous-mêmes, bien entendu.

Donc nos recommandations ne sont pas encore prêtes.

M. Redway: Vos sondages auprès du public et auprès des médecins se rattachent par ailleurs à la décision rendue par la Commission ontarienne des relations de travail dans l'affaire de la mise à pied sans motif valable. Vous avez également évoqué ce que les spécialistes savent actuellement concernant le SIDA.

A votre avis ces connaissances sont-elles suffisantes pour vous permettre de faire des recommandations juridiques, ou bien l'état des connaissances évolue-t-il à un rythme tel que vous serez obligée pour votre part de modifier vos propres recommandations. Pensez-vous que les spécialistes en sachent assez pour vous permettre de faire des recommandations valables à long terme?

Mme Tremayne-Lloyd: Oui, je pense qu'en l'état actuel des connaissances, nous devrions pouvoir faire des recommandations valables pour un certain temps. En effet au cours de la journée d'étude que nous avons organisée, des avocats ont eu la possibilité de poser toutes sortes de questions aux spécialistes que nous avons réunis, ce qui nous a permis de constater que contrairement à ce que l'on pouvait croire, même si la situation évolue effectivement, ce n'est pas à un rythme tel qu'il doive nous empêcher de prendre certaines mesures pour la protection de la société et des individus.

Donc sur la foi de ce que nous avons appris, nous sommes d'avis qu'on peut élaborer des recommandations juridiques valables.

[Text]

Mr. Redway: Just to follow that up for a minute, not long ago, it seems to me, there were reports about the possibility of spreading the disease through saliva. In the press I think yesterday or the day before there was some further information that it now seemed unlikely that it could be spread through saliva.

Do you feel that type of information is so reasonably stable now that the medical opinions on that are stable enough to be able to base solid legal conclusions and recommendations on the handling of food and all of these other things?

Ms Tremayne-Lloyd: The medical people told us that those kinds of reports had been taken out of context. They had found that the virus had been isolated in saliva. The press took just that line—you are all accustomed to that—that the virus had been isolated in saliva, and then they ran with it.

Indeed, the balance of the story was that the virus had been isolated in saliva but not enough of the virus. Apparently you need a certain amount of the virus—and I am sure our medical people will tell us that—before you are going to become potentially infectious. There is not enough of it in saliva. While it can be isolated in it, there is not enough of it, and therefore that sort of thing was taken out of context.

So although we see these reports I think that it is part of the problem. It is part of the fears, the phobias I spoke of earlier that have been stirred up.

Mr. Redway: Many of your comments were directed towards the question of reporting. There is another aspect to the whole question of reporting that I am not sure you touched on. That is the question of testing itself, the actual test on which the reporting and the confidentiality of the reporting would be based at a later stage. I assume, but maybe incorrectly, that your conclusions as to the application of the Charter of Rights and all the laws of this country and the various provinces would apply in the same way to the question of testing as it would to the question of reporting and confidentiality, that it would not infringe the Charter of Rights, in your opinion in any event, for life insurance companies, for instance, to require tests and for perhaps the military to require testing of all recruits and maybe even for prisons to require testing of prisoners, etc.

• 1145

Ms Tremayne-Lloyd: I do not know the answer to that. When you say would it not infringe the Charter of Rights, I do not want to be seen to be saying yes or no. That is something we are examining: Would it be a wholesale violation? Mandatory testing is very different from mandatory reporting, because mandatory testing necessarily requires invasion of somebody's person and that is a very different issue from mandatory reporting; i.e., once you happen to have the information, sending it on, invading someone's person to get the information, is a much more difficult problem. It is a problem we are looking at in the committee, and we are addressing our minds to whether or not it is justifiable in certain situations.

[Translation]

M. Redway: Selon certaines rumeurs, le SIDA pourrait être propagé par la salive. Or d'après un article paru hier ou avant-hier, cela semblerait peu probable.

A votre avis les connaissances médicales sont-elles suffisamment fiables pour qu'on puisse tirer des conclusions et faire des recommandations juridiques sur la manutention des produits alimentaires par exemple et d'autres questions?

Mme Tremayne-Lloyd: D'après les spécialistes, ces nouvelles auraient été tirées de leur contexte. Le virus a effectivement été trouvé dans la salive, d'où la presse a conclu que le SIDA pouvait être transmis par la salive.

En réalité, bien que le virus ait été trouvé dans la salive, la concentration est trop faible pour pouvoir contaminer d'autres personnes. Cette déclaration avait donc été citée hors de son contexte.

C'est d'ailleurs ce genre d'articles inexacts qui aggravent la peur et les phobies.

M. Redway: Vous avez longuement parlé de l'obligation de communiquer les cas de SIDA aux autorités. Mais vous n'avez pas abordé la question des tests servant à établir les cas de SIDA avant qu'ils ne soient communiqués aux autorités. Je suppose, peut-être à tort, que vos conclusions quant à l'application de la Charte des droits et de toutes les lois du pays et des diverses provinces seraient les mêmes pour les examens que pour les rapports et le caractère confidentiel, à savoir que, si les compagnies d'assurance-vie réclament que leurs clients soient soumis à un examen, si les militaires réclament que toutes les recrues soient soumises à un examen et même peut-être si les autorités carcérales réclament que les détenus soient soumis à un examen, il n'y aurait pas, à votre avis tout du moins, violation de la Charte des droits.

Mme Tremayne-Lloyd: Je n'ai pas la réponse à cette question. Quand vous parlez de violation de la Charte des droits, je ne veux répondre ni par oui ni par non. C'est une question que nous examinons: est-ce que cela constituerait une violation dans tous les cas? La question de l'examen obligatoire est très différente de celle du rapport obligatoire, car l'examen obligatoire entraîne automatiquement une violation de la vie privée et c'est une question toute différente de celle du rapport obligatoire; une fois que vous avez ces renseignements, le fait de les communiquer, de violer la vie privée de la personne pour obtenir ces renseignements, pose un problème beaucoup plus difficile. C'est un problème que notre Comité étudie et nous essayons de déterminer les cas dans lesquels une telle décision serait ou non justifiée.

[Texte]

For example, you use the prison situation. It may be that, while it is not justifiable wholesale in society, it might be justifiable in a prison setting where people are placed in a confined area for lengthy periods of time and where, despite what they tell us about there being no sex in prisons—it is against the law; we do not allow it; it is against the rules—we all know as a practical matter what goes on. We all know the kind of sexual activity the people are having, which is known to be the way this disease is spread. Then those people, while they might never do that out in ordinary society, engage in activity that is foreign to them in that environment and take it out then and spread it into the normal community heterosexually.

So there are very different considerations, and I think we have to look at them. We are trying to look at them. We cannot look at them all together; we have to break them down.

Mr. Redway: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: We will come back to Mr. Young and, after that, to Mr. Jardine.

Mr. Young: I really have two questions as a follow-up to my previous questions.

On reporting, there are two areas that concern me. On reporting, would you favour the mandatory reporting of proven cases, those that are considered to be proven and therefore infectious, spreading, or would you extend that further and say cases that have been identified but which are not proven and which are not infectious. Would you favour either one or both of them?

Ms Tremayne-Lloyd: The medical information I have been provided with indicates that there is a very high false positive reporting rate on the HTLV-III antibody test the first time around. However, I am told that if you repeat the test, if you do the test three times and you get a positive two out of three times and then . . . Again I defer to the medical people, and they will correct me if my understanding is incorrect. But my information is that, if you do the test three times, get two positives and then do a Western Blot and get a positive result on that, the probabilities are—and that is all lawyers can ever deal in; there are no certainties in life—that you have a person who is at least infectious and capable of infecting others.

Whether that person will go on and develop the criteria of disease themselves is a whole other matter. But if you do the test three times, have two positives, do a Western Blot and have a positive on that, the probabilities are that you have an infectious person.

So in answer to your question, I do not think you wait until somebody has all the clinical symptoms and all the obvious symptoms of the disease. I do not think that would serve the purpose we are looking at for society's protection.

• 1150

Mr. Young: That raises a whole host of other problems. If you were to do that, surely you would have to have some

[Traduction]

Vous avez cité l'exemple des prisons. Il est possible que cela soit justifié dans une prison, univers clos où la promiscuité est inévitable et où, malgré tous les démentis concernant les activités sexuelles—c'est interdit par la loi, c'est interdit par les règlements—nous savons tous ce qui s'y passe en fait. Nous connaissons tous le genre d'activités sexuelles auxquelles les détenus se livrent, et il est notoire que c'est ainsi que cette maladie se propage. Ces détenus, qui peut-être n'agiraient jamais ainsi à l'extérieur, se livrent dans cet environnement à ces activités qui leur sont étrangères et contaminent la communauté hétérosexuelle lorsqu'ils sont relâchés.

Les considérations sont donc très différentes et il nous faut en tenir compte. Il est impossible de généraliser, il faut étudier les cas particuliers.

M. Redway: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: La parole est de nouveau à M. Young, suivi de M. Jardine.

M. Young: J'ai deux autres questions qui font suite à mes questions précédentes.

Je me pose deux questions au sujet des rapports. Seriez-vous en faveur d'un système de rapports obligatoires pour les cas prouvés, ceux qui sont considérés comme étant prouvés et par conséquent contagieux, ou ces rapports obligatoires devraient-ils inclure les cas, disons, identifiés mais qui ne sont ni prouvés ni contagieux. Quelle serait votre préférence?

Mme Tremayne-Lloyd: Les renseignements médicaux qui m'ont été fournis m'indiquent que le pourcentage d'erreurs des premiers tests positifs de présence d'anticorps HTLV-III est très élevé. Cependant, d'après mes renseignements, si vous refaites le test, si le test est répété trois fois et que le résultat est positif deux fois sur trois, dans ce cas . . . Encore une fois ce sont des renseignements qui m'ont été fournis par le corps médical et mon interprétation est peut-être erronée. Il reste que d'après ces renseignements, si le test est répété trois fois, qu'il est deux fois positif et que le test dit du *Western Blot* qui suit est également positif, les probabilités—et les avocats ne s'en tiennent jamais qu'à des probabilités, il n'y a pas de certitude dans la vie—sont que cette personne est pour le moins contagieuse et susceptible de contaminer les autres.

Que cette personne par la suite présente les symptômes de la maladie elle-même est une autre question. Il reste que si le test est répété trois fois, qu'il est deux fois positif, qu'il est suivi d'un test dit du *Western Blot* également positif, selon toute probabilité la personne est contagieuse.

Donc, pour répondre à votre question, je ne pense pas que l'on puisse attendre jusqu'à ce que quelqu'un ait tous les symptômes cliniques et tous les symptômes évidents de la maladie. Je ne pense pas que cela servirait notre objectif qui est de protéger la société.

M. Young: Cela ouvre la porte à toute une série d'autres problèmes. Si une telle décision était prise, il faudrait mettre

[Text]

legislative mechanism in place to prevent that individual from being discriminated against in society, given the fact that the information we would like to see out there obviously is not out there and that discrimination does take place.

Ms Tremayne-Lloyd: Absolutely.

Mr. Young: You referred earlier to the definition of disabilities or handicaps. In the North American context, our definition of disability is extremely narrow compared with the definition given in Europe, for example, where a cancer victim—who also suffers from discrimination; to a lesser extent today than a few years ago... in some countries in Europe the definition includes a cancer victim. It includes a person on a dialysis machine. It includes individuals who may be prevented from working because of illness as well as a physical or visible disability.

Ms Tremayne-Lloyd: Mr. Young, you are absolutely right, of course. We absolutely must. You cannot do any of this in a vacuum; and that is the whole point of my committee and what I am trying to make the committee understand. You have to consider the ramifications of anything you do, and you must try to counter them as much as you possibly can with appropriate action that will stop the potential problems you perceive. I absolutely agree with that.

That may require amendments to the code; I do not know. It may require broadening the definition. It is a little premature for me to speculate on just what is required in that regard. But something will be required, I have little doubt of that.

Mr. Young: Yes, because discrimination usually takes the form of a very subtle... and it is very difficult to prove.

Ms Tremayne-Lloyd: But of course we cannot legislate, and the justice system, I submit to you, cannot address, people's consciences. People's consciences and people's own feelings and prejudices are not necessarily something that can be addressed by the justice system or by the legislatures. I think the best we can do is to try to enforce in our society positive thinking about this being unacceptable behaviour and have laws such that when it is done, people will have to answer for their actions. But about the fact that we will still have some of the subtle discrimination, and people who are clever enough to do it without being detected, you are talking about legislating people's consciences. In my respectful submission, that would be just about impossible to do.

Mr. Young: I agree with you.

Mr. Jardine: Mr. Chairman, I appreciate this opportunity to pose a question, because I am not a member of the standing committee but rather an alternate member.

Ms Tremayne-Lloyd, about 50 years ago Orson Welles scared the hell out of America when he said the Martians are coming.

Ms Tremayne-Lloyd: I heard about that. I was not there, but I heard about it.

[Translation]

en place des moyens législatifs empêchant que cet individu ne devienne la victime de discrimination, étant donné que ces renseignements que nous aimerions avoir de toute évidence sont inexistants et qu'il s'agirait purement et simplement de discrimination.

Mme Tremayne-Lloyd: Absolument.

M. Young: Vous parliez un peu plus tôt de la définition d'incapacité ou de handicap. Dans le contexte nord-américain, notre définition d'incapacité est extrêmement étroite si on la compare à la définition européenne, par exemple, où le cancéreux—qui souffre également de discrimination; dans une mesure moindre aujourd'hui qu'il y a quelques années... dans certains pays européens cette définition inclut les cancéreux. Elle inclut les utilisateurs de dialyseurs. Elle inclut ceux qui ne peuvent travailler pour des raisons de maladie tout comme ceux qui ne le peuvent pour des raisons d'incapacité physique ou visible.

Mme Tremayne-Lloyd: Monsieur Young, vous avez absolument raison, bien entendu. C'est une nécessité. Rien ne peut être fait isolément et c'est la raison d'être même de mon Comité, et c'est ce que j'essaie de vous faire comprendre. Il faut mesurer toutes les conséquences et il faut essayer de les éviter autant que faire se peut par des actions appropriées qui préviennent les problèmes potentiels que vous percevez. Je suis tout à fait d'accord.

Il sera peut-être nécessaire de modifier le code, je ne sais pas. Il sera peut-être nécessaire d'élargir la définition. Il serait par contre prématuré de ma part de spéculer sur ce qui sera nécessaire à cet égard. Il reste qu'il faudra faire quelque chose, je n'en doute pas un instant.

M. Young: Oui, car généralement la discrimination assume des formes très subtiles... et très difficile à prouver.

Mme Tremayne-Lloyd: Il reste, bien entendu, que les consciences ne peuvent être justiciables ni soumises à législation. Ni le système judiciaire ni les parlements ne peuvent agir sur les consciences, les sentiments et les préjugés de la population. Le mieux que nous puissions faire est d'essayer d'inciter notre société à rejeter comme inacceptable ce genre de comportement et de faire des lois pénalisant les coupables pour leurs actes. Mais pour régler le problème de ces formes de discrimination subtiles, pour régler le problème de ceux qui sont suffisamment intelligents pour le faire sans se faire prendre, il faudrait également adopter des lois pour agir sur les consciences. À mon humble avis, ce serait tout simplement impossible.

M. Young: Je suis d'accord avec vous.

M. Jardine: Monsieur le président, je vous suis reconnaissant de pouvoir poser une question car je ne suis pas membre du Comité permanent, je ne suis que membre substitut.

Madame Tremayne-Lloyd, il y a environ cinquante ans, Orson Welles a terrifié l'Amérique en annonçant l'arrivée des Martiens.

Mme Tremayne-Lloyd: J'en ai entendu parler. Je n'étais pas encore là, mais j'en ai entendu parler.

[Texte]

Mr. Jardine: Well, if I was there, I was vrey young. Now we have "the AIDS are coming"; and that fear and the phobia are spreading. Because of that fear and the phobia, is there any information that may not be made available to the general public? Are we hearing everything, in fact, that we should about AIDS?

Ms Tremayne-Lloyd: The general public I do not think are. I think that is one of the problems: they only hear what they read in the press. They do not hear a doctor or several well-spoken educated people standing up and telling them, now look, this is how you get AIDS. You hear them, I hear them, because we are in the places and invited to the seminars where we can listen to it. But all the public know is that they read in the press that you can get AIDS from saliva. I think that is the problem. I think that does breed a fear and a phobia that can get away from us.

Do not ask me what the answer is to that. I am not really sure I know. I personally, from the legal point of view, have done about 10 or 15 public appearances in the past three months, and I have at least another 20 invitations outstanding. To tell you the truth, if I do not practis law soon, I will be out of a job.

But once they hear there is somebody who will talk to you, they want to hear from you, because you are not a press person, you are not a member of the media. It is quite amazing how they tend to . . . they understand what you tell them and generally will accept. But they are not privy or necessarily exposed to the members of our society, such as lawyers and doctors particularly, who can impart this information to put their minds at rest. I do not know how we do that.

• 1155

Mr. Jardine: You mentioned that all cases of AIDS have to be reported to the Health Protection and Promotion Laboratory because of that.

Ms Tremayne-Lloyd: In Ontario.

Mr. Jardine: In Ontario. Can you give me just a few examples of other diseases that also have to be reported?

Ms Tremayne-Lloyd: Yes. VD has to be reported; syphilis has to be reported; tuberculosis has to be reported. I think even typhoid fever has to be reported; anything that is highly contagious and communicable has to be reported.

Mr. Jardine: Does that make AIDS, then, a communicable disease?

Ms Tremayne-Lloyd: Absolutely. It is defined as a communicable disease. There is no doubt that it is a communicable disease. I do not think any medical person would say it is not.

Mr. Jardine: Is that, then, part of the fear? As soon as you mention communicable, it means, indeed, that you can catch it rather readily and easily. You said earlier, to get AIDS, you really have to work at it.

[Traduction]

M. Jardine: Si j'étais là, j'étais très jeune. Nous avons maintenant «le SIDA arrive»: la peur et la phobie se répandent. À cause de cette peur et de cette phobie, y a-t-il des renseignements qui ne sont pas communiqués au grand public? Nous dit-on, en réalité, tout ce que nous devrions savoir sur le SIDA?

Mme Tremayne-Lloyd: À mon avis, le grand public ne sait pas tout. Je crois que c'est un des problèmes: le grand public ne sait que ce qu'il lit dans la presse. Il n'a jamais entendu un médecin ou plusieurs spécialistes lui dire: «C'est comme cela qu'on attrappe le SIDA». Vous les entendez, je les entends parce que nous nous rendons à certains endroits, nous sommes invités à des séminaires où nous pouvons les écouter. Tout ce que le public connaît se résume à ce qu'il lit dans la presse et la presse lui dit que le SIDA peut être transmis par la salive. Je crois que c'est à ce niveau que se situe le problème. Je crois que cela donne naissance à une peur et à une phobie susceptible de finir par échapper à notre contrôle.

Ne me demandez pas quelle est la solution. Je ne suis pas du tout certaine de la connaître. Personnellement, du point de vue juridique, j'ai donné environ 10 ou 15 conférences au cours des trois derniers mois, et j'ai encore au moins 20 autres invitations sur mon agenda. Pour vous dire la vérité, si je ne repratique pas bientôt le droit, je perdrai mon travail.

Cependant, quand ce grand public apprend que quelqu'un est prêt à lui parler, il veut vous entendre car vous n'êtes pas un journaliste, vous n'êtes pas membre des médias. Sa réaction est très surprenante . . . il comprend ce que vous lui dites et généralement il l'accepte. Mais ils ne sont pas nécessairement au courant de ce qui se passe dans la société comme les avocats et les médecins notamment qui peuvent ensuite transmettre ces informations, ce qui les libère.

M. Jardine: Vous avez mentionné que tous les cas de SIDA doivent être signalés au laboratoire de la protection et de la promotion de l'hygiène pour cette raison.

Mme Tremayne-Lloyd: En Ontario.

M. Jardine: En Ontario. Pouvez-vous me donner d'autres exemples de maladies qui doivent également être signalées à cet organisme?

Mme Tremayne-Lloyd: Certainement. Les maladies vénériennes, la syphilis, la tuberculose, et peut-être même la fièvre typhoïde, bref toutes les maladies hautement contagieuses.

M. Jardine: Cela signifie donc que le SIDA est considéré comme une maladie contagieuse?

Mme Tremayne-Lloyd: Très certainement. Cette maladie est définie comme une maladie contagieuse. Cela ne fait aucun doute. Je ne crois pas que quiconque travaille dans le domaine de la santé puisse dire le contraire.

M. Jardine: Est-ce pour cela en partie qu'elle fait peur? Lorsque vous dites qu'il s'agit d'une maladie contagieuse, cela signifie qu'il est possible de la contracter assez facilement. Or,

[Text]

Ms Tremayne-Lloyd: That is a very good point actually. Maybe that is one of our problems. Maybe we are using the wrong words and are creating some of the fear, now that you raise it with me. Perhaps we ought to be calling it a sexually transmitted disease instead of a communicable disease. I had not really thought of it until this very moment. But that may be one of the ways we could . . . it is a good idea. I am going to take it back to the committee tonight. Maybe we ought to be changing the description of the term.

Mr. Jardine: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Young: Before we leave that point, be careful before you do that because haemophiliacs can receive it too. It does not have to be sexually transmitted.

Ms Tremayne-Lloyd: You are right.

Le vice-président: Avec la permission des membres du Comité, je poserai une dernière question à notre invitée.

Madame, les avocats sont un peu comme les historiens: ils sont tournés vers le passé. Devant tous les problèmes qui nous assaillent et que vous avez décrits de façon merveilleuse, allez-vous attendre une jurisprudence, un jugement des plus hauts tribunaux dans chacun de ces cas, ou si vous vous attendez à ce qu'on adopte des lois précises pour vous faciliter la tâche?

Ms Tremayne-Lloyd: I think there will always be court cases. No matter how you write the legislation, there will always be some lawyer who will say it means something different from what you wrote. And they will always need a judge to tell them what you really meant.

I think our initial concern is that there be protections for all members of society at every level. We are very concerned about the most affected persons. They have to be protected, but they also should not be out there on their own with society's being afraid of them, because they feel they are going to be their downfall or something.

Le vice-président: Au nom des membres du Comité, je vous remercie. Votre témoignage a été très intéressant. Comme l'a dit M. Redway, nous avons hâte que vous communiquiez aux députés, et possiblement à ce Comité, les résultats de votre recherche et des travaux du comité que vous dirigez.

Je vous remercie beaucoup pour cet exposé magnifique.

Ms Tremayne-Lloyd: Thank you very much, Mr. Chairman.

Le vice-président: Nous entendrons maintenant le Dr Alain Gauthier, membre du comité ad hoc, pour vaincre l'épidémie du SIDA, de l'Institut Schiller.

Dr Alain Gauthier (membre du comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA, Institut Schiller): Merci, monsieur le président.

[Translation]

auparavant, vous avez dit que le SIDA ne s'attrape pas si facilement que cela.

Mme Tremayne-Lloyd: Vous mettez là le doigt sur quelque chose d'intéressant. C'est peut-être là un de nos problèmes. Peut-être notre terminologie n'est-elle pas au point et cela suscite peut-être la peur. Nous devrions peut-être définir cette maladie comme étant sexuellement transmissible plutôt que de dire qu'il s'agit d'une maladie contagieuse. Je n'avais pas vraiment réfléchi à la question jusqu'à maintenant, mais ce serait une des possibilités . . . C'est une bonne idée. Je vais soumettre cela au Comité ce soir. Nous devrions peut-être changer la définition du terme.

M. Jardine: Merci, monsieur le président.

M. Young: Avant de passer à autre chose, je signale qu'il faudrait bien étudier la question avant de procéder à un changement de définition, étant donné que les hémophiles peuvent contracter la maladie également. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une maladie transmissible sexuellement.

Mme Tremayne-Lloyd: Vous avez raison.

The Vice-Chairman: If the members of the committee are agreeable, I would like to ask a last question.

Lawyers are a little bit like historians in the sense that they are oriented towards the past. With all the problems that are confronting us and that you described so eloquently, are you going to wait for a decision from the highest courts in each of these cases or do you think that specific legislation in this field would make things easier for you?

Mme Tremayne-Lloyd: Je crois qu'il y aura toujours des contestations devant les tribunaux, car, peu importe la façon dont les lois sont libellées, il y aura toujours un avocat qui entend faire valoir sa propre interprétation. On aura par conséquent toujours besoin de juges qui rendront des décisions au sujet du sens précis de tel ou tel article.

Notre première préoccupation est celle de prévoir la protection de tous les membres de la société et ceci à tous les niveaux. Nous nous préoccupons beaucoup des personnes les plus touchées. Elles doivent être protégées, mais elles ne devraient pas être en contact avec les autres membres de la société qui ont peur de contracter leur maladie.

The Vice-Chairman: I would like to thank you on behalf of all the members of the committee. Your testimony was very interesting. As Mr. Redway said, we are anxious for you to communicate with the MPs and possibly with the committee the results of your research and of the work that you are directing.

I thank you for this magnificent presentation.

Mme Tremayne-Lloyd: Merci, monsieur le président.

The Vice-Chairman: We will now hear from Dr. Alain Gauthier, Member of the Ad Hoc Committee to Combat the AIDS Epidemic, Schiller Institute.

Dr. Alain Gauthier (Member of the Ad Hoc Committee to Combat the AIDS Epidemic, Schiller Institute): Thank you, Mr. Chairman.

[Texte]

Je suis membre de l'Institut Schiller. L'Institut Schiller est une organisation internationale. À l'intérieur de cette organisation, qui a pour but essentiellement la défense du *Western Alliance*, nous avons un groupe de travail qui s'occupe du SIDA. Ce groupe de travail a essayé de recueillir l'information la plus objective possible. Nous allons souvent chercher des données européennes et nous les couplons aux données américaines. Nous essayons d'avoir la vision la plus objective possible.

Il est évident que ce problème est extrêmement complexe. Il accuse notre ignorance sur le plan fondamental en recherche. Sur le plan judiciaire, il nous pose toutes sortes de problèmes. Et cela devient aussi un problème grave sur le plan économique. Le document que nous avons préparé sera prêt d'ici quelques jours et il nous fera plaisir de vous le faire parvenir.

• 1200

Dans un premier temps, j'aimerais parler de la biologie et m'arrêter à plusieurs points controversés.

Le premier concept que j'aimerais préciser, c'est que le SIDA n'est que l'une des manifestations des infections à rétrovirus. Comme vous le savez tous, c'est le virus, qu'on appelle le HTLV-III ou le LAV, comme disent les Français, qui est responsable du syndrome. Je ne vais pas répéter toutes les manifestations cliniques du syndrome parce que je suis certain que vous les connaissez déjà.

J'aimerais mentionner que, de plus en plus, on en connaît les implications neurologiques. On sait maintenant que plus de 50 p. 100 des gens qui ont le SIDA ont une affection neurologique et, bien souvent, sans qu'il y ait d'atteinte immunitaire.

Un point très important à retenir: dans un article du *New England Journal of Medicine*, publié en juillet 1985, les chercheurs français ont trouvé les particules virales dans les sécrétions bronchiques. Nous reparlerons plus tard de cette découverte. Le virus peut aussi donner une pneumopathie primitive, qui est décrite dans cet article.

Il y a des manifestations d'auto-immunisation aussi, par exemple les cas de thrombose-cytopenie, de diopathie. Il y a des lymphomes du système nerveux central et des cancers épithéliaux, tels le cancer du poumon, de l'oesophage, etc., qui sont associés au SIDA.

Le virus qui cause le SIDA est un rétrovirus d'un type particulier. C'est un lentivirus qui est cytotoxique et ce n'est pas surprenant qu'il y ait des effets aussi tératogènes.

Quant à la question de l'incidence, là aussi il y a énormément de confusion. Par exemple aux États-Unis, en janvier 1986, il y avait 16,458 cas. Par contre, selon le Dr Heseltin, il y aurait actuellement à peu près 100,000 cas actifs aux États-Unis. Vous noterez la différence.

Quel est le coefficient entre porteur et malade? D'après les articles du *Lancet*, ce serait à peu près 1 malade pour 25 porteurs. Combien de porteurs vont avoir la maladie? C'est une question très importante. Il y a peu de temps encore, on disait 3 ou 4 p. 100; on commence maintenant à dire 25 ou 30

[Traduction]

I am a member of the Schiller Institute. The Schiller Institute is an international organization whose goal is essentially the defence of the Western Alliance. There is a study group within the Schiller Institute which is presently studying AIDS. We have tried to gather the most objective information possible and we very often get the data from Europe as well as from North America. We try to have the most objective view of the question possible.

This problem is, of course, a very complex one and it brings to light our ignorance in fundamental research. From a legal standpoint, it poses all sorts of problems. And it is also becoming a very severe problem from an economic point of view. The document that we prepared will be ready within the next few days and it will be a pleasure for us to send it to you.

At the outset, I would like to make some comments on biology and deal with several controversial points.

Let me make clear at the beginning that AIDS is only one manifestation of retro-virus infections. As you all know, the virus responsible for the syndrome is referred to as HTLV-III or LAV, as the French call it. I will not go into all the clinical manifestations of the syndrome since I am sure you are already aware of them.

I would also like to mention that we are becoming increasingly aware of the neurological implications. We now know that over 50% of those with AIDS have a neurological affection and very often there is no immune deficiency.

An important point to keep in mind: In an article published in July, 1985 in the *New England Journal of Medicine*, French researchers referred to viral particles which they found in bronchial secretions. We will speak later about this discovery. The virus may also bring out primitive pneumopathy, which is described in this article.

There are also of manifestations of self-immunization, for example in cases of thrombosis-cytopenia. Associated with AIDS are lymphoma of the central nervous system and epithelial cancers, such as cancer of the lungs, the oesophagus and so forth.

The virus which causes AIDS is a retro-virus of a particular type. It is cytotoxic lentivirus and it is not surprising that there are such teratogenic effects.

The matter of the actual incidence of the disease is surrounded by a great deal of confusion. For instance, in January, 1986 there were 6,458 cases in the United States. However, Dr. Heseltin claims that there are now approximately 100,000 active cases in the United States. You will note the difference.

What is the coefficient between the number of carriers and diagnosed cases? According to the *Lancet* article, the ratio is approximately one victim for 25 carriers. How many carriers will come down with the disease? This is a very important question. Only sometime ago, 3% or 4% was the figure estimated but people are now starting to say between 25% or

[Text]

p. 100. Ces éléments sont essentiels à la compréhension globale du problème.

Les modes de transmission: tout le monde est d'accord pour dire que les échanges de sang peuvent entraîner la transmission de la maladie. On connaît le cas des homosexuels. On explique cela parce qu'il y a souvent des petites fissures anales au niveau du rectum et, à ce moment-là, il y a mélange du sperme et du sang. Il peut aussi y avoir transmission par les transfusions sanguines et chez les hémophiles.

• 1205

Il y a aussi les groupes qui n'entrent pas dans cette catégorie. À l'heure actuelle, la cause prédominante du SIDA est la transmission sexuelle. Par ailleurs, sur le continent américain en Floride, à Beeglade, on a dénombré 100 patients porteurs et qui ont la maladie; près de la moitié ou un peu plus ne sont pas des gens à risques qui font partie des groupes déjà mentionnés. Nous reviendrons plus tard à ce problème.

La question des origines: d'où vient ce virus? Si on se fie au Dr Litvinov, qui est responsable du dossier de la SIDA à l'OMS, cela vient des États-Unis. Si on se fie à l'opinion de la plupart de nos scientifiques, le virus vient d'Afrique. D'autres maladies excessivement virulentes, telles que la fièvre ebola, la fièvre lass, la fièvre de Marburg, viennent aussi d'Afrique.

Comment explique-t-on l'origine ultime du virus? On parle d'un *species jump* ou d'un saut d'espèces qui peut arriver de façon naturelle. Dans le cas de la leucémie virale féline, nous savons que ce virus a fait le saut d'espèces à partir des primates, il y a plusieurs milliers d'années.

En ce qui concerne les sauts d'espèce provoqués ou artificiels, les spécialistes dans ce domaine sont les docteurs soviétiques Bewktimirov, Zhdanov et Boris Lapin. À la fin des années 60 et dans les années 70, ces scientifiques ont étudié la question de saut d'espèces et ils ont infecté entre autres des cultures de cellules humaines avec des virus de provenance d'autres espèces et, plus particulièrement des primates, dont le singe vert africain. Nous reviendrons plus tard à cette question.

À ce stade, j'aimerais expliquer le concept d'infection pour dissiper toute confusion. Une infection est directement proportionnelle au nombre d'organismes et aussi à la virulence de l'organisme, et elle est indirectement proportionnelle à la résistance. C'est donc une chose dynamique. Si on fixe notre attention seulement sur un paramètre, on ne comprend rien. Il faut toujours essayer de comprendre cette dynamique.

Il est simple de comprendre que, plus il y aura d'organismes, plus il y aura de possibilités avec cet organisme. Le nombre est dépendant de la prévalence de gens infectés et de porteurs et du mode de transmission.

• 1210

À ce sujet, je vous donne un exemple, celui de la peste. Au début, tout le monde le sait, la peste était transmise par une morsure de puce. Lorsque le nombre de cas a augmenté, il y a eu un changement de phase. À ce moment-là, il s'est mis à y avoir une transmission par aérosol respiratoire.

[Translation]

30%. This information is essential to a full understanding of the problem.

Modes of Transmission: It is universally recognized that exchanges of blood may result in the transmission of the disease. The situation of homosexuals is known. The explanation is that there are often small anal fissures at the level of the rectum allowing for the mixture of sperm and blood. Transmission may also take place through blood transfusion, particularly among haemophiliacs.

There are also groups which do not enter into this category. At present, the main cause of AIDS is sexual transmission. It should also be noted that in the North American continent, in Florida, in a place called Beeglade, 100 carriers have been identified with the disease and half or more of these people are not to be found in the risk groups mentioned above. We shall return to this problem later.

What is the origin of this virus? According to Dr. Litvinov, who is responsible for monitoring AIDS with WHO, it comes from the United States. Most scientists believe that the virus comes from Africa. Other highly virulent diseases, such as ebola fever, lass fever and Marburg fever, also come from Africa.

What is the explanation of the ultimate origin of the virus? Reference is made to a species jump which may occur naturally. In the case of feline viral leukemia, we know that the virus did make this species jump from primates, several thousand years ago.

As far as artificial or provoked species jumps are concerned, the specialists in this area are the Soviet doctors Bewktimirov, Zhdanov and Boris Lapin. These scientists studied species jumps at the end of the 60s and in the 70s, and one of their experiments was to infect human cell cultures with viruses from other species, and more particularly, from primates, including the African green monkey. We shall come back to this matter later.

At this stage, I would like to explain the concept of infection to clear away any confusion. An infection is directly proportional to the number of organisms, as well as their virulence, and indirectly proportional to resistance. It is therefore a dynamic thing. If we concentrate our attention on a single parameter, we are unable to understand. We must always attempt to understand these dynamics.

It is easy to grasp that the more organisms there are, the greater the possibilities. The number depends on the prevalence of carriers and persons with the infection and the mode of transmission.

I will give you pestilence as an example about. At the outset, as everyone knows, pestilence was transmitted through flea bites. When the number of cases increased, there was a change in the phase. At that point, you started getting transmission through respiratory aerosol.

[Texte]

Prenons l'exemple d'un autre lentivirus, le visna virus. Ce virus, qui est un lentivirus comme celui du SIDA, est en tous points identique génétiquement au virus du SIDA, sauf pour ce qui est d'un gène, le gène F.

Nous avons eu l'expérience dans le passé. Comment ce virus s'est-il comporté au cours de l'histoire? En Islande, ce virus a contaminé une grande partie des moutons. On s'est rendu compte que l'hiver, lorsque les moutons étaient dans un espace exigu, l'exposition à l'organisme montait et la transmission se faisait par voie respiratoire, par aérosol respiratoire. Ce virus, qui est un rétrovirus du type lentivirus, se transmet aussi par les moustiques. Voilà en ce qui concerne le nombre d'organismes.

Parlons maintenant de la virulence. Je veux essayer de vous faire comprendre que la virulence n'est pas une chose statique. Tous ces facteurs-là changent dans le temps. Si un virus passe d'un autre à un autre, etc., sa virulence augmente. Cela prend du temps.

Maintenant le facteur de résistance. C'est le facteur le plus important. Le premier cofacteur, évidemment, c'est la nutrition. Si l'on ne mange pas, si l'on n'a pas un apport protéique suffisant, on peut difficilement se défendre. C'est évident, parce que notre système immunitaire lui-même est fait de protéines et que les anticorps que nous produisons sont faits de protéines. Donc, il en faut. Je vous donne un bon exemple pour illustrer cette chose. Dans le cas de la rougeole, chez les enfants, dans notre milieu, la mortalité est près de zéro. Cependant, dans les camps de concentration de réfugiés, comme en Ethiopie, le taux de mortalité est de 50 p. 100. On a affaire au même virus, mais la résistance est changée.

Un autre cofacteur extrêmement important est le nombre d'organismes autres dans le milieu qui vont stresser le système immunitaire. Par exemple, si j'ai à me défendre contre cinq individus en même temps, je vais avoir moins de force pour me défendre contre le cinquième. Ce deuxième cofacteur dépend essentiellement de l'hygiène dans le milieu. Le principe le plus élémentaire d'hygiène, c'est que les produits d'excrétion d'un organisme sont toxiques à cet organisme. Dans ce contexte, on comprend facilement le problème chez les homosexuels. Si ces excréments-là restent dans les eaux environnantes, si l'hygiène laisse à désirer dans le milieu, on aura très bientôt de multiples insectes, de la vermine, en d'autres mots, tous les vecteurs des maladies infectieuses. Un exemple serait la malaria ou les arbovirus tel celui de la fièvre dengue.

• 1215

J'aimerais maintenant parler un peu du problème de Beleglade, une petite localité de Floride d'à peu près 20,000 individus. Je vous parle de Beleglade parce qu'on y voit un peu ce qui se passe un peu partout dans les pays sous-développés. Il semble bien que ces pays soient l'épicentre à l'origine de cette épidémie.

A Beleglade, le Dr MacLeod et le Dr Whiteside ont étudié ce problème en détail. Chez 100 p. 100 des gens qui ont le SIDA, ils ont trouvé des anticorps contre les arbovirus tel celui de la fièvre dengue. On sait que ces arbovirus peuvent favoriser

[Traduction]

Let us take the example of another lentivirus, the visna virus. This virus, which is a lentivirus like the AIDS one, is genetically identical in all points to the AIDS virus, except for one gene, the F gene.

We have had past experience with it. How did this virus react throughout history? In Iceland, this virus contaminated a major part of the sheep flocks. It was noted that in winter, when the sheep were in close quarters, exposure to that organism increased and it was transmitted through the air they breathed, through respiratory aerosol. This virus, which is a retrovirus of the lentivirus type, is also transmitted through mosquitoes. So much for the number of organisms.

Now let us talk about virulence. I want to try to make you understand that virulence is not something static. All those factors change in time. If a virus goes from one stage to another, etc., its virulence increases. That takes time.

And now we have the resistance factor. That is the most important one. The first co-factor, of course, is nutrition. If you do not eat, if you do not have sufficient protein intake, you will have problems defending yourself. That is quite evident, because our immunity system itself is made up of protein and the antibodies we produce are, in fact, protein. So, you need some. I have a good example for you. The mortality rate for children who catch measles in our environment is close to zero. However, in refugee concentration camps, such as they have in Ethiopia, the death rate is 50%. You are dealing with the same virus, but resistance has changed.

Another extremely important co-factor is the number of other organisms in the environment that are going to stress the immune system. For example, if I have to defend myself against five individuals at once, I am going to have less strength to defend myself against the fifth one. This second co-factor essentially depends upon how sanitary the environment is. The most elementary principle of sanitation is that the excreta of an organism are poisonous to that same organism. In that context, it is easy to understand what a problem homosexuals have. If those excretions remain in surrounding waters, if sanitation leaves to be desired in that environment, then you soon will have all kinds of insects and vermin, in other words, all the vectors of contagious diseases. One example of that would be malaria or arboviruses such as dengue fever.

I would now like to say a bit about the problems of Beleglade, a small Florida community of about 20,000 individuals. I am using Beleglade as an example because what is happening there is very typical of under-developed countries. It would seem that those countries are the epicentre of this epidemic.

In Beleglad, Dr. MacLeod and Dr. Whiteside have studied this problem in detail. They found arboviruses such as the one that causes dengue fever in 100% of all AIDS victims. Now we know that those arboviruses can favour the expression of the

[Text]

l'expression du rétrovirus. On sait aussi qu'un individu se fait piquer par des insectes en moyenne 200 fois par nuit.

À l'Institut Gorgas, à Panama, on a prouvé la transmission du HTLV-I de l'homme aux primates. Cette transmission se fait par un moustique. En d'autres mots, tous ces exemples que je vous donne nous font penser qu'une transmission mécanique est possible dans certaines conditions sanitaires. Dans les cas de l'anémie infectieuse équine, du visna dont je vous ai parlé et de la leucémie bovine, les virus sont effectivement transmis par des moustiques.

On a également trouvé à Beleglade des cas de tuberculose dans le secteur où l'on trouve les cas de SIDA. Je pense qu'il est assez facile de faire une relation entre l'économie et l'incidence de tuberculose. C'est un fait acquis en science. Un fait épidémiologique inquiétant, c'est que depuis les 100 dernières années, l'incidence de la tuberculose était en phase descendante et que depuis le début des années 80, l'incidence augmente, particulièrement dans les endroits défavorisés comme Harlem, à Miami et à d'autres endroits.

Pourquoi est-ce que je vous dis tout cela? Qu'est-ce que cela a à voir avec les problèmes canadiens? Je pense qu'il est important de connaître ces choses-là pour mieux comprendre la dynamique d'infection et les politiques que nous suggérons.

J'aimerais maintenant parler d'un autre aspect du problème. On parle de *screening*, et on s'aperçoit qu'il y a toujours un problème. Il y a de faux positifs et de faux négatifs. On sait que ce virus, le HTLV-III, a une mutation antigénique 100 fois plus élevée que celui de l'influenza. Vous comprendrez que cela nous pose de graves problèmes en ce qui concerne la détection des anticorps et la production d'un vaccin. Dans les premières phases de la maladie, il n'y a pas d'anticorps de formés. Un individu peut avoir le virus et ne pas avoir encore les anticorps. Cela pose d'importants problèmes.

• 1220

Nous avons des suggestions à faire à cet égard. L'idéal serait de pouvoir déceler le virus directement dans le sang et, mieux encore, intracellulairement, même s'il est déjà entré à l'intérieur de la cellule et même s'il est à l'intérieur du génome. Je ne pense pas que nous ayons officiellement, ici au Canada, de technique pour faire ce genre de chose, mais il se fait des travaux à ce sujet, par exemple à Los Alamos au Nouveau-Mexique, qui nous donnent beaucoup d'espoir. Cette technique s'appelle le *Circular Intensity Differential Scattering*. Il s'agit de lasers avec lumière polarisée. Ces lasers orientent cette lumière polarisée sur les molécules d'ADN, et il est possible de faire un spectre. On enregistre la réfraction et, de cette façon, on a en quelque sorte une signature du virus ou une harmonie du virus.

Nous pensons que la recherche dans cette direction serait extrêmement utile et pourrait produire toute une révolution dans le monde de la bactériologie. On sait qu'il faut souvent un mois pour faire une culture virale. Imaginez ce que cela coûte en termes de techniciens et de temps.

Nous proposons à ce Comité d'examiner ces nouvelles techniques et de prendre une décision.

[Translation]

rétrovirus. We also know that any one individual is bitten by insects 200 times a night, on average.

In the Gorgas Institute, in Panama, they have proven HTLV-I can be transmitted from man to primates. The vector in this case is a mosquito. In other words, all the examples I have given lead us to believe that mechanical transmission is possible under certain unsanitary conditions. In the case of equine infectious anemia, the visna I told you about, and bovine leukemia, the virus is in fact transmitted by mosquitoes.

Cases of tuberculosis have also been found in Beleglade in the area where you find the AIDS cases. I think it is rather easy to make a connection between wealth and the number of tuberculosis cases. It is a scientifically proven fact. There is one disturbing epidemiological fact: over the last 100 years the incidence of tuberculosis had been decreasing, but since the beginning of the 80s the incidence has been increasing, particularly in underprivileged areas like Harlem, Miami and elsewhere.

Why am I telling you all this? What does it have to do with Canadian problems? I think it is important to know about such things in order to have a better understanding of the dynamics of infection and the policies we are suggesting.

I would now like to talk about another aspect of the problem. There is talk of "screening" and we can see that there is still a problem. There are false positives and false negatives. We know that this virus, the HTLV-III, has an antigenic mutation 100 times higher than that of influenza. You can understand this poses very serious problems in the area of detecting the antibodies and producing vaccine. In the first stages of the disease, no antibodies are formed. An individual can have the virus without yet having the antibodies. This creates rather serious difficulties.

We have a few suggestions to make in that respect. Ideally we should be able to detect the virus in the blood itself or better yet inside the cell, even if it has already penetrated the genome. I do not know whether we have officially here in Canada the expertise to do that kind of test, but work has been done in that field in Los Alamos, New Mexico with very positive results. I am talking about the Circular Intensity Differential Scattering technique, which requires the use of lasers and polarized light. The lasers direct the polarized light at the DNA molecules and it thus becomes possible to make a spectrum. We make a record of the refraction, which is, if you like, the signature or picture of the virus.

We feel that research in this area would be extremely useful and bring about a revolution in the field of bacteriology. A viral culture takes about a month to process. You can imagine the cost in terms of time and human resources.

We are recommending to the committee to examine these new techniques and make a decision.

[Texte]

Les quelques mots que je vais dire vont sûrement prêter à controverse. Les scientifiques qui sont actuellement à l'OMS, et qui sont en grande partie responsables de la diffusion de l'information dans le monde, sont, entre autres, ceux qui ont fait les études sur les sauts d'espèces. Quand on parle d'information dans notre milieu, il y a toujours de la controverse. On dit: Oui, on a quelque chose de solide maintenant. Mais quelle est la source de cette information? D'où vient cette information? Quelles sont les sources du CDC d'Atlanta, d'une façon générale?

Le plus souvent, c'est l'OMS. Et quelles sont les hypothèses à l'OMS? Eh bien, on dit généralement que la maladie est transmise sexuellement. Tout nous permet de croire que cette hypothèse n'est peut-être pas la plus certaine. Une autre hypothèse est qu'il n'y a pas de corrélation avec la malnutrition, avec les transmissions mécaniques, avec la pauvreté, la dépression économique. On dit aussi généralement qu'il n'y a pas de pandémie en Afrique. D'après les Européens, le Dr Clumeck entre autres, le Dr Heseltin aux États-Unis et bien d'autres, toute la population africaine court un risque. On donne des chiffres de l'ordre de 10 millions, ou même de 30 millions de porteurs. Si je ne me trompe, le Dr Clayton a déclaré dans cette pièce qu'au Ruanda, qui est un tout petit pays, il y a actuellement de 5,000 à 6,000 cas de SIDA et un quart de million de porteurs. Ces chiffres sont effarants.

• 1225

Une autre politique de l'OMS c'est que, généralement, il ne faut pas utiliser la quarantaine. Je vous parlerai maintenant des politiques que nous suggérons à l'Institut Shiller. Les mots vous sembleront forts mais je pense qu'il faut déclarer une guerre à cette maladie. Il faut un effort conjugué, non seulement au Canada, mais partout dans le monde. Chez nous, c'est-à-dire au Canada, je pense que nous devrions d'abord faire un survol universel de cette maladie. Ce qui pose de multiples problèmes mais, sur le plan scientifique, c'est la seule façon de résoudre le problème.

Il faut des sommes d'argent en recherche fondamentale. Les patients atteints doivent être traités de la meilleure façon possible. La question de la quarantaine est une question de logique très simple: si quelqu'un est porteur il devrait être isolé pour ne pas transmettre ce virus.

Je suggère maintenant une autre idée qui peut vous paraître un peu saugrenue, mais elle ne l'est pas du tout. Il faut absolument déclarer la guerre au monde de la drogue. Vous pensez peut-être que je m'éloigne du problème mais ce n'est pas le cas. Si on considère ce qui se passe à New York, les patients narcomanes, frappés par le SIDA, atteindraient jusqu'à 76 p. 100 actuellement; la tuberculose augmente également dans ces milieux. Il faut combattre la malnutrition. Il faut collaborer au programmes mondiaux pour l'éradication des insectes et de la vermine.

Enfin, vous trouverez d'autres suggestions contenues dans un rapport que je pourrai vous transmettre dans deux semaines environ.

Je comprends que toutes ces choses soient très controversées. Mais je pense sérieusement, comme mes confrères, sans être

[Traduction]

You will probably find my comments controversial. Scientists presently in the employ of WHO have made test-case-oriented and related studies and given out information on their results. The issue of information in our field is always controversial. Whenever someone claims to have concrete data, someone always questions the source of that information. Where, for example, does the CDC in Atlanta obtain its data?

For the most part, their information comes from WHO. And what is the current theory at WHO? They believe that it is a sexually transmitted disease. We have, however, many reasons to believe that this is not the most convincing theory. Another theory says there is no relationship with malnutrition, with mechanical transmission of the disease, poverty and economic depression. It is also generally held that it is not pandemic in Africa. European experts, including Dr. Clumeck, Dr. Heseltin in the United States, and many others, believe that the whole African population is at risk. Some sources have gone as far as suggesting that there could be 10 million or even 30 million carriers. I believe Dr. Clayton stated in this very room that there are, at the present time, between 5,000 and 6,000 cases of AIDS and one-quarter of a million carriers in Rwanda, which is a very small country. Those figures boggle the mind.

The WHO is generally of the opinion that quarantine is not necessary. I will now tell you about our policies at the Shiller Institute. You will probably think that I am using very strong language, but I feel we should wage war against this disease. We have to make concerted efforts to fight it, not only here in Canada but throughout the world. I believe we should start here in Canada by trying to get a universal picture of the disease. That raises several problems but, scientifically speaking, it is the only way of finding a solution.

We need money for basic research. AIDS sufferers should be given the best treatment possible. The logic behind the idea of quarantine is very simple: Carriers should be isolated so that they do not transmit the virus.

And what I am about to say may seem ludicrous to you, but it is absolutely necessary to wage war against drug trafficking. You may feel that is totally beside the point; not at all. Let us for a minute look at the situation in New York. It seems that 76% of AIDS sufferers there are drug addicts. TB is also a growing problem in that milieu. We also have to fight against malnutrition. Plus we have to give our co-operation to world programs for the eradication of insects and vermin.

And finally, you will find other suggestions in the report that I will be sending you in a couple of weeks.

I appreciate that all those issues are controversial. But I am convinced, along with my colleagues, and we are far from

[Text]

hystériques d'aucune façon, que cette épidémie pourrait, dans les dix années à venir, atteindre des milliards de personnes. Si vous voulez faire le calcul, il est assez facile. Le Dr Clayton parlait de 3,000 malades, à la fin de 1987. Pour prédire la fin de 1988, multipliez ce chiffre par un facteur de 2.5. Pour prédire 1989, prenez le résultat de 1988 et multipliez-le par 2.5. Vous voyez que le chiffre augmente très rapidement. En 1991, tout le monde serait atteint. Vous direz que ce sont les homosexuels qui sont atteints. Mais je veux souligner que les résistances changent, que la virulence change, tout est en mouvement. Une épidémie est un système vivant, comme un organisme. On ne peut pas la penser mécaniquement comme un garagiste devant une automobile. Une épidémie est un phénomène vivant. C'est la biosphère qui est en danger. Pour régler ce problème il faut apporter des solutions essentiellement économiques. Nous répondrons à vos questions, pour expliquer davantage, si vous le voulez bien.

• 1230

Si nous ne faisons rien, de la même façon que cette épidémie-là grandira, les coûts grandiront. On sait qu'il en coûte actuellement au Canada environ 100,000\$ par an pour un individu atteint du SIDA. Si on attend encore deux ans avant de se décider, dans deux ans, il en coûtera presque un milliard de dollars pour traiter ces gens-là. Il va arriver un moment où on ne sera plus capables de payer. Qu'est-ce qui va arriver au point de vue social et politique? Ce sera la psychose!

En Hollande, actuellement, le docteur Amiral, qui est un défenseur de l'euthanasie, dit que le SIDA constitue une faille et que les mouvements euthanasiques vont pouvoir s'épanouir dans ce milieu-là. Nous sommes anti-euthanasiques, et j'espère que le Canada le sera. J'espère que nous serons assez sages pour adopter rapidement des politiques qui feront en sorte que les événements ne nous pousseront pas à faire des choses qui sont contre notre morale.

Le vice-président: Merci beaucoup, docteur Gauthier. Vous venez de nous présenter une vision dantesque. Tous les membres du Comité ont bien hâte de voir le rapport que vous allez déposer d'ici deux semaines.

Dr A. Gauthier: Oui, monsieur.

Le vice-président: J'ai demandé à la greffière d'en obtenir copie le plus rapidement possible. On va sans doute vous poser quelques questions, si on a encore assez de souffle pour le faire.

Monsieur Jardine.

Mr. Jardine: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Gauthier, to put it to you rather bluntly, you have just scared the bejesus out of me. I am sorry your colleague, Tracy Tremayne-Lloyd, could not stay as well, because on the one side it sounded as if we really had a grip on this thing and now some of the facts and figures you give us are really frightening. You mention that in the United States there are anywhere from 16,400 cases to 100,000 active cases. You mention there is one victim to every 25 carriers. When you say "victim", I do not know if that is an active case or someone who had the disease and died.

[Translation]

being hysterical, that this epidemic could reach billions of people within the next ten years. It is quite easy to calculate how this could be the case. Dr. Clayton talked about 3,000 sufferers by the end of 1987. To find what the numbers could be by the end of 1988, you just have to multiply by a factor of 2.5. And for 1989, multiply that result by 2.5 again. You see how fast the numbers increase. By 1991, everybody could be suffering from the disease. You say that homosexuals are hit. But that environment is constantly in evolution. Resistance changes as well as the virus. An epidemic is a living system, just like an organism. It is not like a mechanic looking at a car engine. An epidemic is a living thing. The whole biosphere is in danger. If we want to wipe out the disease, we have to look at basically economic solutions. We are now ready to answer your questions and give you any further explanation.

If we do nothing, costs will rise with the epidemic. We know that it costs Canada about \$100,000 per year for each AIDS victim. If we wait another two years before we make up our minds, the cost will be a billion dollars. There will be a time when we will no longer be able to pay. What will happen socially and politically? It will be . . . the situation will be one of psychosis.

In Holland, at the present time, Dr. Amiral, who is a defender of euthanasia, says that AIDS represents the crack in the system which will make it possible for movements in favour of euthanasia to thrive. We are against euthanasia and I hope that Canada will be too. I hope we will be wise enough to rapidly adopt policies so that we will not be pushed into a situation where we will do things which go against our morals.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Gauthier. A Dantesque vision. All the members of the committee are anxious to see the report that you are going to table within the next two weeks.

Dr. A. Gauthier: Yes.

The Vice-Chairman: I asked the clerk to get a copy as soon as possible. We will now move on to the questions if this has not left us breathless.

Mr. Jardine.

M. Jardine: Merci, monsieur le président.

Docteur Gauthier, pour vous dire bien franchement, vous venez de m'effrayer de façon incroyable. Je regrette que votre collègue M^{me} Tracy Tremayne-Lloyd n'a pas pu rester également; à l'entendre, en effet, il m'avait semblé que les moyens d'action étaient assez bons et maintenant, avec ce que vous nous dites et les chiffres que vous avancez, la situation semble vraiment inquiétante. Vous avez dit qu'aux États-Unis, il y a de 16,400 à 100,000 cas actifs ou évolutifs. Vous avez dit qu'il y avait une victime pour 25 porteurs. Quand vous parlez de victime, voulez-vous parler d'une personne encore en vie qui a la maladie ou d'une personne qui en est morte.

[Texte]

Dr. A. Gauthier: That is an active case.

Mr. Jardine: An active case. So it is really astounding. Looking at one victim per active case, then you are telling me there could be something like 2.5 million in the United States. At first blush at this, I was thinking again that unfortunately—I must be careful saying that, but at least in my mind it is unfortunately—there would be so many perceived homosexuals in the community. But apparently it is not the case, then, if you are saying this virus, as you refer to it, can be transmitted by everything from mosquitos to . . . Did I get you right on that?

Dr. A. Gauthier: Yes, you did, but it is a dynamic thing. I am saying that we do find the virus in saliva; that is true. We do find it in tears; this is true. We do find it in bronchial secretions; this is true. Now, that does not mean that if you are on the bus and you are sitting with somebody who has AIDS you will get it. This is not what I am saying.

The example I gave was done with sheep in Iceland. When the sheep were in the field, it was not too bad. When they were all packed up during the winter, then another phase or mode of transmission could be expressed. Do you understand?

• 1235

Mr. Jardine: Yes, certainly.

Dr. A. Gauthier: Now, in Canada, we eat well. Right?

Mr. Jardine: Yes.

Dr. A. Gauthier: We have good sanitation. The pattern we have now is relative to the environment. If we look at a different environment, then it is a whole different thing. As long as we have a clean country with good sanitation and everything, the pattern of transmission might stay the same.

Mr. Jardine: I will get back to another point then. Tuberculosis—I understand you can be a carrier but not actually be infected if you have come in contact with that disease. Does the same thing happen with AIDS, or would you actually have to be active some way to even become a carrier?

Dr. A. Gauthier: I will talk about tuberculosis for a while and explain. If we look at tuberculosis, how many people on earth are carriers? About 2 billion. The increase in the incidence of tuberculosis in economically depressed areas in the United States seems to be caused mainly by AIDS. This type of tuberculosis is extremely morbid. People die faster.

We have a pool of 2 billion people, and if the retrovirus gets into that pool, we could have an expression of TB. Do you understand what I mean?

Mr. Jardine: Yes. You have made some pretty strong recommendations, and one of them was to quarantine all carriers of AIDS.

Dr. A. Gauthier: That is correct.

[Traduction]

Dr A. Gauthier: D'une personne encore en vie.

M. Jardine: Je vois. C'est véritablement étonnant. Si l'on peut parler de victime pour chaque cas actif, cela signifie qu'il pourrait y en avoir environ 2.5 millions aux États-Unis. Ma première réaction a été que l'on allait croire immédiatement qu'il y avait autant d'homosexuels que cela aux États-Unis. Et je trouvais cela malheureux, je dois bien le dire. Cependant, ce n'est apparemment pas le cas puisque d'après vous ce virus pourrait être transmis par toutes sortes d'autres moyens notamment les moustiques etc. vous ai-je bien compris?

Dr A. Gauthier: Oui, mais il s'agit d'un processus dynamique. Comme je l'ai dit, nous trouvons le virus dans la salive, dans les larmes, dans les sécrétions des bronches, c'est vrai, mais cela ne signifie pas que si vous êtes assis à côté d'une victime du SIDA dans l'autobus, vous allez immédiatement contracter la maladie. Ce n'est pas cela que je veux dire.

Dans l'exemple que je vous donnais, il s'agissait de moutons en Islande. Lorsque ceux-ci étaient en train de paître, la situation n'était pas trop grave, mais au cours de l'hiver, la situation changeait étant donné que les moutons sont tous regroupés dans la bergerie et que la transmission de la maladie se fait différemment. Vous comprenez?

M. Jardine: Oui, assurément.

Dr A. Gauthier: On mange bien au Canada n'est-ce pas?

M. Jardine: Oui.

Dr A. Gauthier: Nous avons de bonnes installations sanitaires. Mais la situation actuelle est liée à l'environnement, et dans un autre environnement, les choses peuvent se présenter tout différemment. Tant que les conditions d'hygiène sont satisfaisantes dans notre pays, le mode de transmission peut rester le même.

M. Jardine: Je vais alors revenir sur une autre question. Je crois savoir que quand on a été en contact avec le microbe de la tuberculose, on peut être porteur de la maladie sans être effectivement touché. En est-il de même avec le SIDA, ou est-il nécessaire, même pour être porteur de cette maladie, d'avoir eu des activités suspectes?

Dr A. Gauthier: Je vais d'abord vous donner quelques mots d'explication sur la tuberculose. Combien y a-t-il au monde de porteurs de cette maladie? Environ 2 milliards. L'augmentation des cas de tuberculose dans les régions déshéritées des États-Unis semble être principalement causée par le SIDA. Ce genre de tuberculose est extrêmement virulent, et l'on en meurt plus rapidement.

Avec une masse de 2 milliards de porteurs, si le rétrovirus s'y introduit, nous pourrions avoir une poussée de tuberculose. Est-ce que vous comprenez ce que je veux dire?

M. Jardine: Oui. Vous avez fait certaines recommandations catégoriques, l'une d'entre elles étant de mettre en quarantaine tous les porteurs du SIDA.

Dr A. Gauthier: C'est exact.

[Text]

Mr. Jardine: Now, we are dealing with millions of people. Quarantining that vast number . . .

Dr. A. Gauthier: Not in Canada, though.

Mr. Jardine: Yes, down in the United States. But of course we think of statistics of 10:1 in comparing Americans and Canadians.

To even think of quarantining that number of people, people who have jobs, have families, have responsibilities, how can you ever do it? How could you ever . . . ?

Dr. A. Gauthier: How can I think like that?

Mr. Jardine: Yes. How could you actually ever hope to achieve that?

Dr. A. Gauthier: As I said, I think that is the only rational way to contain it, if we have the moral strength to do it, which is something else.

Mr. Jardine: This will be my last question, Mr. Chairman. You are very patient. It is to Ms Tremayne-Lloyd about whether we are really hearing everything we should about this. And if we are not, is it because of the fear we may be putting into the population, because the facts you just gave today, I think, would frighten a great number of people out there?

Dr. A. Gauthier: That is correct.

Mr. Jardine: Thank you very much.

Dr. A. Gauthier: If I may add something. I am not the author of this work we prepared. If you are interested in meeting Mr. Warren Hammerman, who is the chairman of the task force, I could ask him to meet with you, or we can discuss it.

Le vice-président: Docteur Gauthier, combien de médecins seraient prêts à signer la déclaration que vous venez de faire ce matin?

Dr. A. Gauthier: Je ne peux pas vous répondre, monsieur le président. Je ne le sais pas.

Le vice-président: Vous avez parlé d'un bidule au laser qui serait susceptible de donner, par réfraction, la signature de la maladie.

Dr. A. Gauthier: Oui.

Le vice-président: Avez-vous une idée des coûts de ce bidule?

Dr. A. Gauthier: J'ai une petite idée. On m'a parlé de 160,000 dollars, mais . . .

Le vice-président: Par bidule?

Dr. A. Gauthier: Oui, monsieur. Je ne peux pas vous donner toute l'information technique en ce moment.

Le vice-président: Jusqu'ici on a eu des informations du Dr. Clayton et de d'autres sur l'évolution potentielle de cette maladie. Les media d'information aussi sont plutôt rassurants. Devant la panique du début et avec les quelques vedettes

[Translation]

M. Jardine: Mais on parle ici de millions. Mettre en quarantaine un nombre aussi considérable . . .

Dr. A. Gauthier: Mais pas au Canada.

M. Jardine: D'accord, aux États-Unis. Mais n'oublions pas, quand on parle de statistiques, qu'il y a 10 Américains pour un Canadien.

Songez-vous vraiment à mettre en quarantaine un nombre aussi considérable de gens qui ont des emplois, des familles, des responsabilités? Comment vous y prendriez-vous? Comment pourriez-vous jamais . . . ?

Dr. A. Gauthier: Comment puis-je y songer?

M. Jardine: Certainement, comment espérez-vous jamais y parvenir?

Dr. A. Gauthier: C'est à mes yeux la seule façon rationnelle d'endiguer cette poussée, si nous en avons la force morale, ce qui est une autre histoire.

M. Jardine: Je vais encore abuser de votre patience, monsieur le président, mais c'est ma dernière question. Elle est adressée à M^{me} Tremayne-Lloyd, à laquelle je voudrais demander si l'on nous dit vraiment tout ce qu'il nous est nécessaire de savoir. Si tel n'est pas le cas, est-ce à cause de la crainte que nous sèmerions dans la population? En effet, ce que vous nous avez dit aujourd'hui risque de terrifier un grand nombre de gens.

Dr. A. Gauthier: C'est exact.

M. Jardine: Je vous remercie beaucoup.

Dr. A. Gauthier: Permettez-moi d'ajouter quelques mots. Je ne suis pas l'auteur du mémoire que nous avons présenté, mais si vous désirez rencontrer M. Warren Hammerman, président du groupe d'étude, je pourrais lui en parler ou nous pourrions en discuter.

The Vice-Chairman: Dr. Gauthier, how many doctors would be prepared to sign the declaration that you made before us this morning?

Dr. A. Gauthier: I cannot answer that question, Mr. Chairman, I would not know.

The Vice-Chairman: You mentioned a laser widget which would indicate, by refraction, the disease's signature.

Dr. A. Gauthier: Yes.

The Vice-Chairman: Would you know approximately how much it would cost?

Dr. A. Gauthier: I have some idea. A price of \$160,000 was mentioned, but . . .

The Vice-Chairman: For one widget?

Dr. A. Gauthier: Yes, sir. I cannot currently give you all the technical information.

The Vice-Chairman: We have heard from Dr. Clayton and others information on the potential evolution of the this disease. The media, too, are rather reassuring. When they saw the wave of panic they had triggered off in the beginning, what

[Texte]

décédées qui ont fait les manchettes des journaux, on a tenté, collectivement, d'introduire un peu plus de rationalité. Mais cela n'a rien pour nous inviter à dormir comme il faut ce soir, que l'on soit politiciens, avocats ou médecins.

• 1240

Je vous pose la question directement. Je sais que vous défendez la cause de la recherche. Ici, comme ailleurs, les ressources sont limitées et les besoins sont insatiables. Plaidez-vous, ce matin, pour obtenir plus de sous pour la recherche? Votre rapport serait-il biaisé, en ce sens, docteur? Ou, effectivement, décrivez-vous une réalité qui discarte tout ce que l'on a dit de rassurant jusqu'à maintenant? Votre proposition de ce matin est extrêmement grave!

Dr A. Gauthier: J'en suis conscient, monsieur le président. Mon seul plaidoyer est pour la vie. Et je pense que c'est la meilleure façon de plaider, avec ma compréhension et celle de notre groupe. C'est la seule réponse que je puisse vous donner. Nous pensons que c'est par la science que nous contrôlerons cette épidémie. Voilà une certitude. Nous ne la contrôlerons pas avec des superstitions.

Le vice-président: Une réunion est prévue bientôt, je pense, avec le docteur Clayton et le docteur Gilmore. Avez-vous déjà présenté une partie de votre rapport à ces autorités canadiennes?

Dr A. Gauthier: Je pense que le docteur Shapiro l'a présenté au docteur Clayton. Je pense qu'il en a discuté avec lui.

Le vice-président: Avez-vous l'intention aussi de publier votre rapport intégral à différentes...

Dr A. Gauthier: Pour la population?

Le vice-président: Oui, ou à différentes...?

Dr A. Gauthier: Non, monsieur le président.

Le vice-président: Non!

Dr A. Gauthier: Non. Mais vous devriez avoir ce rapport.

Le vice-président: Enfin, je vous remercie beaucoup de votre témoignage de ce matin. Avez-vous d'autres questions..., madame Bertrand?

Je vous remercie beaucoup, docteur Gauthier. Soyez certain que le docteur Halliday, président de ce Comité, ainsi que tous les membres seront, sans doute, très intéressés de recevoir votre rapport dans les plus brefs délais. Il nous aidera à produire notre propre rapport et peut-être à le confronter à d'autres experts.

Dr A. Gauthier: Hum! Hum!

Le vice-président: Vos considérations de ce matin sont plutôt étonnantes.

Je vous remercie beaucoup de la franchise avec laquelle vous les avez présentées.

Dr A. Gauthier: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: La séance est levée.

[Traduction]

with the depth of a couple of stars putting it in the limelight, they tried collectively to put it in a more rational perspective. But that is no reason for us to simply forget about it, whether you are a politician, a lawyer or a doctor.

I want to ask a straight question: I know that you are an advocate of research. But here as elsewhere, the funds are limited and the needs are unquenchable. Are you trying, with your presentation this morning, to obtain more funds for research? Would that make your report biased, Dr. Gauthier, or are you indeed depicting a reality which forces us to discard all the reassurances that had been given to us to date? What you told us this morning is very serious.

Dr. A. Gauthier: I am aware of that, Mr. Chairman, but my plea is only for life. And this seems to me the best way to plead, as far as I and my group are concerned. That is the only answer I can give you. We are convinced that only science will be able to check this epidemic. Science and not superstitions.

The Vice-Chairman: I believe that a meeting has been scheduled with Dr. Clayton and Dr. Gilmore. Have you already submitted part of your report to those Canadian authorities?

Dr. A. Gauthier: I believe Dr. Shapiro submitted it to Dr. Clayton and discussed it with him.

The Vice-Chairman: Do you also intend to publish the complete report at different...

Dr. A. Gauthier: For the public?

The Vice-Chairman: Yes, or for various...?

Dr. A. Gauthier: No, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: No?

Dr. A. Gauthier: No, but you should get the report.

The Vice-Chairman: I thank you very much for this morning's presentation. Do you have other questions... Mrs. Bertrand?

Thank you very much, Dr. Gauthier. Dr. Halliday, chairman of this committee and all its members will certainly be very interested to receive your report as quickly as possible. It will help us to write our own report and possibly to compare it with other expert opinions.

Dr. A. Gauthier: Hum! Hum!

The Vice-Chairman: The facts you brought to our attention are rather stunning.

Thank you very much for the straightforward way in which you presented them.

Dr. A. Gauthier: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: The meeting stands adjourned.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Ontario Bar Association:

Tracy Tremayne-Lloyd, Chairman, Health Law Section.

De l'Association du Barreau de l'Ontario:

Tracy Tremayne-Lloyd, président, section du droit de la santé.

From the Schiller Institute:

Dr. Alain Gauthier, Ad-hoc committee to combat the AIDS epidemic.

De l'Institut Schiller:

Docteur Alain Gauthier, Comité ad hoc pour vaincre l'épidémie du SIDA.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 32

Tuesday, February 25, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 32

Le mardi 25 février 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
and

Report of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;

(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; et

Rapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;

(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85-86

Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985-1986

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman:Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles Hamelin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Anne Blouin
Pauline Browes
Leo Duguay
Douglas Frith
John Gormley
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Gus Mitges
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président:Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles Hamelin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Sheila Copps
Vincent Dantzer
Édouard Desrosiers
Ernest Epp
Tom Hockin
W.R. Bud Jardine
Jean-Luc Joncas
Bill Lesick
Moe Mantha
Charles-Eugène Marin
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 25, 1986
(38)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:39 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Charles Hamelin, W. Paul McCrossan, Gus Mitges and Neil Young.

Alternates present: Jean-Luc Joncas, Bill Lesick and Alan Redway.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witness: From the National Advisory Committee on AIDS: Bernard Starkman, Legal Consultant.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

Bernard Starkman made a statement and answered questions.

At 4:49 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 25 FÉVRIER 1986
(38)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales s'est réuni ce jour à 15 h 39 sous la présidence de M. Bruce Halliday (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Bruce Halliday, Charles Hamelin, W. Paul McCrossan, Gus Mitges et Neil Young.

Substituts présents: Jean-Luc Joncas, Bill Lesick et Alan Redway.

Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoin: Du National Advisory Committee on AIDS: Bernard Starkman, conseiller juridique.

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi en date du 22 avril 1985, relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année financière terminée le 31 mars 1984 (*Voir procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); et à son ordre de renvoi en date du 10 septembre 1985, relatif au rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'année financière terminée le 31 mars 1985 (*Voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Bernard Starkman fait une déclaration et répond aux questions.

A 16 h 49, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, February 25, 1986

• 1539

The Chairman: Order, please. We are resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ending March 31, 1984, and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985.

• 1540

We have as our witness today Mr. Bernard Starkman, Chief of Medical Law, Protection of Life Project, the Criminal Law Review, Department of Justice, and Legal Consultant for the National Advisory Committee on AIDS.

We are indeed pleased to have you with us today, Mr. Starkman. You have provided us with a copy of your opening remarks and we would be pleased to have you read them, if you wish, but perhaps even better you could comment on them or lead us through them in a brief way, and then we can have some questions. Mr. Starkman.

Mr. Bernard Starkman (Chief, Medical Law, Protection of Life Project, Criminal Law Review, Department of Justice, Legal Consultant, National Advisory Committee on AIDS): Thank you, Mr. Chairman. Perhaps I will proceed in the way you suggest.

The legal implications of Acquired Immunodeficiency Syndrome, or AIDS, can be best understood in terms of the public health system whose function is to protect us from this life-threatening communicable disease, and I propose basically to look at the problem from the perspective of the public health system.

The public health system is based on provincial statutes and regulations which distinguish between different levels of danger to the public and allocate public health duties and powers accordingly. You will find that the public health statutes are so structured. They go from the less threatening to the more threatening, and the powers and the duties are arranged correspondingly. It includes public health acts and venereal diseases prevention acts, although the current trend is toward eliminating the venereal diseases prevention acts as separate entities and revising public health acts to include sexually transmitted diseases or STDs. The system of protection works directly as well as indirectly; that is, it is intended to ensure counselling and treatment, and also to provide epidemiological data so that surveillance of the disease is possible.

The legal and administrative problems which are posed by AIDS are variations of legal and administrative issues associated with how the public health system deals with sexually transmitted diseases. I would stress here the administrative aspect, because I think the legal aspects have been emphasized, but the administrative aspects have not been

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 25 février 1986

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Le Comité reprend l'étude de ses ordres de renvoi portant sur le rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1984 et du Conseil de recherche médicale du Canada pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985.

Nous accueillons aujourd'hui M. Bernard Starkman, chef pour le droit médical, projet sur la protection de la vie, Révision du droit pénal, ministère de la Justice, également conseiller juridique, Comité consultatif national sur le SIDA.

Bienvenue, monsieur Starkman. Vous nous avez fourni un exemplaire de votre déclaration préliminaire et vous pouvez nous la lire si vous le désirez, mais mieux encore, vous pouvez nous la commenter brièvement, après quoi nous vous poserons nos questions. Monsieur Starkman.

M. Bernard Starkman (chef pour le droit médical, projet sur la protection de la vie, Révision du droit pénal, ministère de la Justice, conseiller juridique, Comité consultatif national sur le SIDA): Merci, monsieur le président. Je vais suivre vos instructions.

Les répercussions juridiques du syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA sont le mieux mises en lumière dans le contexte du système de santé publique dont la fonction est de nous protéger de cette mortelle maladie transmissible. J'entends donc aborder le problème sous cet angle.

Le système de santé publique est administré, au niveau provincial, au moyen de lois et de règlements qui établissent différents niveaux de danger pour la population et attribuent en conséquence les tâches et les pouvoirs en matière de santé publique. Cela comprend des lois sur la santé publique ainsi que des lois sur les maladies vénériennes, bien que la tendance aille actuellement vers l'élimination des lois portant spécifiquement sur la prévention des maladies vénériennes en faveur d'une révision des lois sur la santé publique afin d'y inclure les maladies transmises sexuellement ou MTS. Le système de protection fonctionne aussi bien directement qu'indirectement, c'est-à-dire qu'il est conçu pour offrir conseils et traitements, ainsi que pour permettre de rassembler des données épidémiologiques rendant possible la surveillance de la maladie.

Les problèmes juridiques et administratifs que pose le SIDA ne sont que des variantes des questions juridiques et administratives associées à la façon dont sont traitées les maladies transmissibles dans le système de santé publique. J'insiste ici sur l'aspect administratif, parce que l'aspect juridique a déjà été traité largement. Les questions administratives n'ont pas

[Texte]

sufficiently emphasized. I am trying to redress the balance here, because I think the administrative part is extremely important.

For our purposes, it is not necessary to enter into a discussion of whether AIDS is only a sexually transmitted disease, it is sufficient to say that the disease has been transmitted largely by sexual contact between male homosexuals, that this characteristic has given rise to much of the controversy surrounding AIDS, and that the controversy has focused on certain legal and administrative issues within the public health system. I will say something about these issues, and then touch briefly on related questions.

At the outset, it is necessary to clarify the significance of HTLV-III seropositivity. As you are aware, HTLV-III positivity indicates that the individual has developed antibodies to the AIDS virus. This means that at some time he or she has been exposed to it. It does not necessarily mean that he carries the virus or that he is going to get the disease. In other words, he has been infected but is not necessarily infectious.

Some people, and in particular certain groups at high risk for developing AIDS, do not want the identities of persons who either have AIDS or who are found to be HTLV-III positive to be known to officials. In other words, they want absolute confidentiality and insist that any epidemiological surveillance must be subject to this condition. You can see the difficulties.

These groups assert they will provide the necessary counseling to their members to prevent transmission of the disease. They argue that since there is currently no treatment for AIDS, there is no justification for using the traditional public health method of contact tracing to ensure that all contacts of a person with the disease are informed of the danger to them. The answer is that AIDS must be considered as a sexually transmitted disease for which there is as yet no treatment. From this point of view, it is important to remember that the desire of some to confront the threat of AIDS outside of the public health system also finds an analogy in those who disagree with the traditional methods of the public health system for dealing with sexually transmitted diseases.

These critics do not agree that identification is necessary or that contact tracing is at all useful. Some think there is no need for statutory requirements to notify medical officers of health of these diseases. After all, England and Wales, as distinct from Scotland, does not have statutory STD notification requirements, and its public health system seems to work well.

• 1545

As a matter of fact, England and Wales have very effective STD reporting based on 182 STD clinics. General practitioners can send their patients to the clinics, and the clinics report because under the national health service it is advantageous for them to report. Confidentiality is preserved despite extensive and efficient contact tracing. For reasons of history, the statutory and administrative structure in England and

[Traduction]

été suffisamment discutées. J'essaie de rétablir l'équilibre ici puisqu'à mon sens le côté administratif est très important.

Pour les besoins de notre exposé, il n'est pas nécessaire de débattre de la question de savoir si le SIDA n'est qu'une maladie transmise sexuellement. Qu'il suffise de dire que cette maladie est transmise surtout par contact sexuel entre hommes homosexuels, que cette caractéristique même est largement responsable d'une grande partie de la controverse qui entoure le SIDA et que la controverse est axée sur certaines questions juridiques et administratives touchant le système de santé publique. Je discuterai de ces points et je donnerai un aperçu des questions connexes.

Je dois tout d'abord apporter une clarification au sujet de la séropositivité. Comme vous le savez, la séropositivité vis-à-vis du HTLV-III traduit la présence d'un anticorps contre le virus du SIDA. Cela veut dire que la personne séropositive a été exposée au virus à un moment donné, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'elle est porteuse du virus ni qu'elle va être malade. Autrement dit, cette personne a été infectée, mais elle n'est pas nécessairement atteinte de la maladie.

Certaines personnes, et en particulier certains groupes à risque élevé, ne veulent pas que l'identité des personnes qui ont le SIDA ou qui sont séropositives soit divulguée. En d'autres termes, elles veulent une confidentialité absolue et exigent que toute mesure de surveillance épidémiologique soit assujettie à cette condition. Vous voyez le problème.

Ces groupes soutiennent qu'ils offriront les conseils nécessaires à leurs membres pour prévenir la transmission de la maladie. D'après eux, puisqu'il n'existe aucun traitement du SIDA, il est injustifié de recourir aux méthodes traditionnelles de santé publique consistant à rechercher les contacts pour veiller à ce que tous les contacts de la personne malade soient informés du risque qu'ils courent. La réponse est que le SIDA doit être considéré comme une maladie transmise sexuellement pour laquelle il n'existe encore aucune thérapeutique. L'important à retenir dans ce point de vue est que la volonté de certains de parer à la menace du SIDA en dehors du système de santé publique a son pendant chez ceux qui ne sont pas d'accord avec les méthodes traditionnelles du système de santé publique appliquées aux maladies transmises sexuellement.

Ces détracteurs nient la nécessité et l'utilité de procéder à l'identification des partenaires des malades. Certains estiment inutile l'adoption de mesures législatives exigeant que les autorités médicales soient alertées. Après tout, disent-ils, en Angleterre et au Pays de Galles, contrairement à la règle en Écosse, il n'est pas obligatoire de déclarer les MTS et le système de santé publique fonctionne pourtant très bien.

Or, l'Angleterre et le Pays de Galles ont, en fait, un système très efficace de déclaration des MTS reposant sur 182 cliniques de traitement des MTS. Les médecins généralistes peuvent renvoyer leurs malades aux cliniques qui signalent les cas parce que le *National Health Service* rend cette pratique avantageuse pour elles. La confidentialité est préservée malgré un système complet et efficace de recherches des contacts.

[Text]

Wales is different from that in the Canadian provinces and the American states, but the fundamentals of reporting, confidentiality and contact tracing are all there, despite what critics may think. It is also my impression that in jurisdictions where public health authorities are experienced in applying the traditional methods to the control of sexually transmitted diseases they have been able to adjust successfully to coping with the threat of AIDS.

There has also recently been criticism of the failure to observe the requirements of the public health system as a means of protecting children who contract sexually transmitted diseases as a result of sexual abuse. The 1984 report of the federally appointed Committee on Sexual Offences Against Children and Youths, the Badgley report, states:

The medical philosophy that has emerged in recent years appears to be directed towards treating individual cases as symptoms and signs without necessarily confirming the diagnosis and tracing and treating the patients' contacts. This philosophy is buttressed by what has become a general concern for confidentiality, so that it is common for physicians not to report these conditions. Indeed, there is a reluctance to record a specific diagnosis of a venereal disease. The result is that the public health objectives supported by the statutes and regulations are not as actively pursued, although current outbreaks of diseases, such as Acquired Immune Deficiency Syndrome, are drawing attention again to the importance of public health protection. The committee believes that failure to improve and enforce the provisions of the public health laws deprives children and youths of an important protective mechanism against the health consequences of these diseases.

The committee's recommendation was as follows:

The maintenance of absolute confidentiality for infected individuals threatens the objectives of communicable disease control and prevention. These strategies form the bases of interrupting the continuing transmission of infection in Canadian society. They have fallen into disuse and should be reinstated and reinforced. It is possible to maintain relative confidentiality, while ensuring protection for all individuals. The application of this recommendation is of particular importance in the control of infection in children and youths, as well as in adults. The intention of this recommendation is to protect the rights of children and youths to receive treatment in situations where they may be unaware of the serious threat to their health and personal well-being.

In the case of AIDS, which was alluded to only briefly in the report, there are other exposed groups in the population who will not be protected from infection if the public health system is not enforced. They include women with multiple sexual partners as well as the partners themselves, women with just one infectious sexual partner, and children who are born with

[Translation]

Pour des raisons d'ordre historique, les structures législative et administrative en place en Angleterre et au Pays de Galles diffèrent de celles des provinces canadiennes et des États américains, mais les éléments fondamentaux de la déclaration, de la confidentialité, et de la recherche des contacts existent tous, quoi qu'en disent les critiques. J'ai également l'impression que là où les autorités, en matière de santé publique, ont une bonne expérience de l'application des méthodes traditionnelles de lutte contre les maladies transmises sexuellement, elles ont réussi à s'adapter à la lutte contre le SIDA.

Ces derniers temps, certains affirment que la non-observation des exigences du système de santé publique nuit à la protection des enfants qui contractent des maladies transmises sexuellement à la suite d'abus sexuels. Dans le rapport publié en 1984 par le Comité fédéral sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes (le rapport Badgley), on dit ce qui suit:

Ces dernières années, la tendance dans les milieux médicaux semble être au traitement des symptômes et signes des cas individuels, sans chercher nécessairement à confirmer le diagnostic, ni à retracer et à traiter les contacts des malades. Cette tendance, se doublant d'un souci général de confidentialité, il est très courant que des médecins ne signalent pas les cas de maladie. En fait, les médecins répugnent à noter un diagnostic spécifique de maladie vénérienne. Il en résulte que les objectifs de santé publique étayés par les lois et règlements sont négligés, malgré les flambées de maladies comme le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui attirent de nouveau l'attention sur l'importance de la protection de la santé publique. Le Comité estime qu'en ne parvenant pas à améliorer et à appliquer les dispositions des lois sur la santé publique, on prive les enfants et les jeunes d'un mécanisme de protection important contre les conséquences pour leur santé des maladies transmises sexuellement.

Le Comité a recommandé ce qui suit:

Le maintien de la confidentialité absolue pour les personnes infectées s'oppose aux objectifs du contrôle et de la prévention des maladies transmissibles. Ces stratégies sont fondamentales pour arrêter la propagation des infections dans la société canadienne. Elles ne sont plus respectées et il faut qu'elles soient réaffirmées et strictement appliquées. Il est possible de maintenir une confidentialité relative, tout en assurant la protection de toutes les personnes. L'application de cette recommandation est particulièrement importante pour lutter contre les infections chez les enfants et les jeunes, comme chez les adultes. Le but de cette recommandation est de protéger le droit des enfants et des jeunes au traitement médical, dans les cas où ils peuvent ignorer les dangers auxquels ils s'exposent en ce qui concerne leur santé et leur bien-être personnel.

Dans le cas du SIDA, qui n'est mentionné que brièvement dans le rapport, d'autres groupes exposés ne seront pas protégés si les mesures de santé publique ne sont pas appliquées. Cela comprend les femmes ayant de multiples partenaires sexuels, ainsi que leurs partenaires eux-mêmes, les femmes n'ayant qu'un partenaire infecté, et les enfants qui sont nés

[Texte]

AIDS contracted from their mothers as well as children who are sexually abused. Those in the male homosexual community say they will provide counselling and support services outside the public health system, but they cannot provide effective contact tracing in cases where it is possible to trace the sexual partners of infected persons. For this, a central agency is necessary. That is why public health agencies carry out this function.

The traditional health approach of treatment and counselling includes management, treatment and care on an individual basis. The public health approach involves population-based activities by collecting surveillance data in order to understand the trend of the disease. This understanding is necessary in order to be able to develop interventions to halt the spread of the disease. Intervention involves preventing the spread of the disease as well as intervening to modify lifestyles. It should be recalled that at one time no effective treatment was available for most communicable diseases. All that was available were largely useless attempts at treatment and, of course, education. Today we have come full circle. No effective treatment is available for AIDS or the infection. As with STDs generally, education has to this point been largely ineffective.

The lack of available treatment has been put forward as a reason for non-intervention by the public health system. However, without this intervention, control and management of the disease would also be ineffective. As has been the case with all sexually transmitted diseases, counselling and follow-up are important. Counselling provides the information necessary to understand the situation and to make appropriate modifications to lifestyles. It also provides the necessary reassurance as well as support services.

• 1550

Follow-up includes monitoring the patient's condition and intervening when symptoms appear to ensure that the patient receives the appropriate medical care, including palliative care, in the terminal phases of the disease. As in the case of STDs, we need to know what happens: Do infected persons get the overt disease? Do they infect others? Which groups are at high risk of being infected? To find out what happens, the ability to do surveillance is fundamental. The ability to follow the course of the disease also makes it possible to identify cohorts for treatment when it becomes available, and for future vaccine trials.

The threat of AIDs has caused much unnecessary fear in the population. On the positive side, it has caused scientists and officials to come together to devise a co-ordinated approach to the legal and administrative implementation of the public health system. Through the good offices of the Laboratory

[Traduction]

avec le SIDA qu'ils ont contracté de leur mère, ainsi que les enfants victimes d'agression sexuelle. Les homosexuels masculins prétendent qu'ils dispenseront des conseils et de l'aide en dehors du système de santé publique. Ils ne sont cependant pas en mesure de procéder efficacement à la recherche des contacts dans les cas où il est possible de retrouver les partenaires sexuels des personnes infectées. Il faut pour cela un organisme central. C'est pour cette raison que les organismes de santé publique se chargent de cette fonction.

Les méthodes de traitement et les services de conseils traditionnels comprennent administration, traitement et soins sur une base individuelle. Par contre, le système de santé publique exécute des activités portant sur l'ensemble de la population par la collecte de données de surveillance en vue de mieux comprendre les tendances de la maladie. Cette connaissance est nécessaire pour pouvoir élaborer des mesures en vue de stopper la propagation de la maladie. L'intervention consiste autant à empêcher que la maladie ne se répande qu'à modifier les modes de vie. Il faut se rappeler qu'à une certaine époque, il n'existait aucun traitement efficace pour la plupart des maladies transmissibles. Tout ce qui existait c'était, d'une part, des tentatives de traitement pour la plupart vaines et, d'autre part, bien sûr, l'éducation. Nous sommes revenus au point de départ. Il n'existe actuellement aucun traitement efficace du SIDA et comme dans le cas des MTS en général, l'éducation a jusqu'à présent été assez peu efficace.

L'absence de traitement est invoquée pour justifier une non-intervention des pouvoirs publics. Cependant, sans intervention, on ne pourra pas efficacement lutter contre la maladie et la suivre. Comme cela a été le cas avec toutes les MTS, les conseils aux malades et le suivi sont importants. Les services de conseils dispensent l'information nécessaire pour que l'on comprenne la situation et pour que l'on modifie son mode de vie en conséquence. Ils permettent également de rassurer et d'aider.

Les services du suivi comprennent la surveillance de l'état du malade et l'intervention lorsque les symptômes apparaissent pour veiller à ce que le malade bénéficie des soins médicaux appropriés, ce qui comprend notamment les soins palliatifs pendant la phase terminale de la maladie. Comme dans le cas des MTS, nous avons besoin de connaître les caractéristiques de la maladie. Les personnes infectées sont-elles atteintes de la maladie? Infectent-elles d'autres personnes? Quels groupes risquent le plus d'être infectés? Pour pouvoir découvrir ces caractéristiques, il est essentiel de pouvoir exercer une surveillance. L'aptitude à suivre le cours de la maladie permet également d'identifier les cohortes qui devront être traitées lorsqu'un traitement sera découvert et que l'on testera des vaccins futurs.

La menace du SIDA a suscité beaucoup de craintes inutiles dans la population. Elle a cependant eu pour effet d'inciter les scientifiques et les hauts fonctionnaires à s'entendre sur une approche coordonnée de l'application juridique et administrative du système de santé publique. Grâce aux bons offices du

[Text]

Centre for Disease Control, federal-provincial meetings have resulted in a working consensus on the approach to these matters, which represents a unique advance in public health management. Of particular importance is agreement that in reporting systems used for notification purposes patient confidentiality should be assured and applied as for other communicable diseases. This affirms the traditional statutory and administrative position which, so far as I am aware, has always been strictly observed. But today at least it is acknowledged that this is common ground.

In this regard, the 1980 report of the Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Information in Ontario, known as the Krever report, did criticize the unnecessary retention of identifiable venereal disease records. However, it did not dispute the need to collect useful information on the subject.

I have discussed what I consider to be the most vital legal issues, those raised by the structure and enforcement of the public health system. There are other related issues which arise in connection with matters such as insurance, employment and the information to be given to those being tested for AIDs. I think the important thing here is to realize that many of these issues are similar to those that arise in connection with sexually transmitted diseases. That is the common starting point.

What we have here basically is a disease that is a sexually transmitted disease but does not yet have a treatment. The difference is that the fatal outcome of the disease has in some cases resulted in initiatives by individuals and institutions who have not shown a similar concern with the possible consequences of other sexually transmitted diseases. In other words, they have taken alarm at this disease, but they have not shown similar concern with the STDs which have always been a problem.

A more useful and equitable reaction to the identification of AIDs would have been to re-examine the way all STDs are dealt with and to address any special legal and administrative considerations raised by this sexually transmitted disease which cannot currently be treated. For example, people who are asymptomatic are unlikely to request testing for most sexually transmitted diseases, but fear of AIDs leads some people to seek testing even without symptoms and these individuals should be informed of the consequences of a positive finding of infection for which there is no treatment.

STDs are commonly treated symptomatically by private physicians, as the Badgley report indicated. Confirmation of the diagnosis by testing is more likely to be sought when treatment is given in public clinics. With a clinical indication for AIDs, testing is done to assist with the diagnosis, and the individual should be informed of the consequences of a positive finding of infection.

So we have an adjustment process. We have a sexually transmitted disease which does not yet have a cure so we look

[Translation]

Laboratoire de lutte contre la maladie, des réunions fédérales-provinciales ont abouti à un consensus sur la façon d'aborder ces questions, ce qui représente un progrès unique dans la gestion de la santé publique. Il est particulièrement important que l'on s'entende pour que dans les systèmes de déclaration, la confidentialité des malades soient préservée comme dans le cas des autres maladies transmissibles. Cela confirme la position traditionnelle législative et administrative qui, que je sache, a toujours été strictement observée. Aujourd'hui, à tout le moins, c'est un terrain d'entente reconnu.

Dans le rapport qu'elle a publié en 1980 sous le nom de rapport Krever, la *Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Information in Ontario* dénonçait le fait que l'on conserve inutilement des dossiers identifiables sur les maladies vénériennes; la Commission reconnaissait cependant la nécessité de recueillir des données utiles à ce sujet.

J'ai examiné ce que je considère comme les questions juridiques les plus critiques, soit celles qui concernent la structure et l'application du régime de santé publique. Il existe toutefois des questions juridiques connexes touchant par exemple les assurances et l'emploi de même que les renseignements à donner à ceux qui subissent un test de dépistage du SIDA. Il est important de comprendre que bon nombre de ces questions se rapprochent de celles que soulèvent les maladies transmises sexuellement. C'est un premier point commun.

Nous sommes aux prises avec une maladie transmise sexuellement pour laquelle aucune cure n'a encore été trouvée. La différence vient de ce que le caractère fatal de la maladie a, dans certains cas, donné lieu à des initiatives de la part de particuliers et d'établissements chez qui les conséquences éventuelles d'autres maladies transmises sexuellement n'avaient pas suscité un intérêt analogue. En d'autres termes, cette maladie les inquiète, contrairement aux autres MTS qui existent depuis toujours.

Or, il aurait été plus utile et équitable d'aborder l'identification des victimes du SIDA en réexaminant toute la question des maladies transmises sexuellement, pour ensuite se pencher sur les considérations juridiques et administratives propres à cette maladie, actuellement intraitable. Ainsi, pour la plupart des maladies vénériennes, il est peu probable que les personnes qui ne présentent aucun symptôme demandent à subir un test de dépistage. Dans le cas du SIDA, par contre, la peur de cette maladie incite certains à demander un test de dépistage, et ces personnes devraient être informées des conséquences d'un résultat positif indiquant la présence d'une infection pour laquelle il n'existe pas de traitement.

D'après le rapport Badgley, dans les cabinets de médecins, les maladies transmises sexuellement sont souvent traitées uniquement sur la base des symptômes. Lorsque le traitement se fait dans une clinique publique, on a plus souvent recours à des tests pour confirmer le diagnostic. Lorsqu'un examen clinique indique la possibilité d'infection par le SIDA, des tests sont effectués pour confirmer le diagnostic, et le sujet devrait être informé des conséquences d'un résultat positif.

Un processus d'adaptation entre donc en jeu. Il s'agit d'une maladie transmise sexuellement pour laquelle aucune cure

[Texte]

at it first as a sexually transmitted disease and then we ask how we must adjust.

The Red Cross has addressed the danger of spreading AIDs by means of the blood transfusion system. Blood donors are now informed of the consequences of donating blood which is found to be HTLV-III positive and high-risk groups are urged not to donate. The difference is that we are talking to people more and telling them more than we used to with sexually transmitted diseases. Not surprisingly, they are asking more questions and being more critical. Some are seeking sanctions against those who transmit AIDs.

Until December of 1985, when the section was repealed, the Criminal Code contained a provision that said:

Every one who, having venereal disease in a communicable form, communicates it to another person is guilty of an offence punishable on summary conviction.

For the purposes of the section, "venereal disease" was defined to mean syphilis, gonorrhea or soft chancre. There is only one reported case on this section, and that was 60 years ago, not long after the section was enacted in its original form. Since the woman died, the conviction was for manslaughter. On appeal, the sentence was reduced from 4 years' imprisonment to 12 months' imprisonment with hard labour.

• 1555

The report of the Committee on Sexual Offences against Children and Youths found that because of the reluctance of physicians to report these cases and the provision of treatment without laboratory examination of specimen cultures, the enforcement of this Criminal Code section had effectively ceased. It found the section to be ineffective in affording protection for anyone and recommended that it be repealed.

Recently it has been suggested that such an offence should be revived to punish those who transmit AIDS, or even those who transmit the infection. In most cases it would be difficult to prove the communication, since the incubation period is five years or longer and a substantial proportion of the group of high-risk male homosexuals have multiple sexual partners. Where communication can be proved, for example in the case of persons who have only one sexual partner, more general offences can be charged.

The Committee on Sexual Offences against Children and Youths concluded that the development of programs of public education would provide better protection against STDs, and the current consensus appears to be that this is also the most useful approach to take in connection with AIDS. It is only recently that we began to emphasize the communicable nature of these diseases, rather than their amorous origins, by talking about "sexually transmitted diseases" rather than "venereal diseases".

[Traduction]

n'existe encore. Il faut donc d'abord établir qu'il s'agit bien d'une MTS, et ensuite déterminer les mesures à prendre.

La Croix-Rouge s'est attaquée au risque de diffusion du SIDA par transfusion sanguine. Les donneurs sont maintenant informés des conséquences d'une réaction positive au HTLV-III et on exhorte les groupes à risque élevé à s'abstenir de donner du sang. La différence vient de ce que nous renseignons davantage la population sur le SIDA que nous n'avions coutume de le faire pour les maladies transmises sexuellement. Aussi ne faut-il pas se surprendre que le public pose davantage de questions et qu'il soit plus prompt à la critique. Certains cherchent même à imposer des sanctions à ceux qui transmettent le SIDA.

Jusqu'en décembre 1985, date à laquelle il a été abrogé, on trouvait dans le Code criminel, l'article suivant:

Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité, quiconque, étant atteint d'une maladie vénérienne transmissible, la communique à une autre personne.

Aux fins de cet article, «maladie vénérienne» s'entendait de la syphilis, de la gonorrhée ou du chancre mou. On ne signale qu'un seul cas où cet article a été invoqué, et il y a de cela 60 ans, c'est-à-dire peu après que l'article a été promulgué dans sa version originale. La victime étant morte, le prévenu a été trouvé coupable d'homicide involontaire. Après en avoir appelé de la décision, il a obtenu une sentence réduite de douze mois de travaux forcés, au lieu des quatre ans de prison auxquels il avait été condamné à l'origine.

Dans son rapport, le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes a constaté qu'on avait cessé à toutes fins utiles d'appliquer cet article du Code criminel en raison de la réticence des médecins à signaler les cas de maladie vénérienne et du fait que ceux-ci traitaient leurs patients sans examen de cultures en laboratoire. Ayant conclu à l'inefficacité de cet article comme protection pour qui que ce soit, le Comité a recommandé qu'il soit abrogé.

Récemment, certains ont proposé le retour à une infraction semblable pour ceux qui communiquent le SIDA ou même ceux qui communiquent l'infection. Dans la plupart des cas, il serait difficile de prouver qu'il y a eu transmission, puisque la période d'incubation est de cinq ans ou plus et que, parmi le groupe à risque élevé que constituent les homosexuels de sexe masculin, un grand nombre ont des partenaires sexuels multiples. Même si l'on peut prouver qu'il y a eu transmission, comme dans le cas de personnes ayant un seul partenaire sexuel, celui-ci peut être accusé d'infractions plus générales.

Le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes a conclu que la mise sur pied de programmes de sensibilisation du public constitue une meilleure protection contre les maladies transmises sexuellement et, d'après le consensus qui se dégage à l'heure actuelle, il semble que ces programmes sont le moyen le plus utile de lutter contre le SIDA. C'est seulement dernièrement que nous avons commencé à mettre l'accent sur le caractère transmissible de ces maladies plutôt que sur les relations amoureuses auxquelles

[Text]

Let us remember that we are dealing with yet another communicable disease, and one which is not yet treatable. There is a public misconception that AIDS is a disease outside our range of experience; and it is this which causes fear. The truth is quite different. Until recently, there was a common perception of STDs as a subject not fit for discussion. Because treatment was available, the other concerns of the public health system were ignored. Today the climate has changed. Because of AIDS and the fear it has caused, we are forced to examine issues not previously addressed in relation to STDs. Let us make use of the opportunity to improve our protection against communicable diseases while recognizing legitimate public concerns over the possible consequences of enforcing that protection.

I might add that the comment regarding the section of the Criminal Code indicates that the committee that considered it found it was no longer useful. I should emphasize that this was criminal legislation, not health protection legislation. Obviously the point of view of those concerned with health is that there are other ways of dealing with it. It seems to have been the opinion of those concerned with criminal law reform that there are probably better ways of dealing with that from the criminal law point of view as well.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Starkman. Mr. Young.

Mr. Young: On pages 4 and 5 you refer to the Badgley commission report. You mention that one way of transmitting AIDS as well as other venereal diseases to children . . . and you specifically mention children who are sexually abused. Surely there are other ways children can receive the disease, such as through blood transfusion.

Mr. Starkman: Yes, certainly. In the report they did not concentrate on the other means, because they were set up to look at sexual offences against children. So they concentrated on the protective aspect from the point of view of sexual offences. What they simply said was from the point of view of the protection that is given by the criminal law, it does not really provide health protection. They made other recommendations for improving the protection against sexual abuse.

But there is no doubt that if we were looking at it simply from the point of view of health protection, you would have to consider other ways by means of which children get the disease: through blood transfusions and perinatally—being born to mothers who have the disease.

Mr. Young: I just felt it was important to clarify that point, because there are a number of kids who have been denied access to education, and they are discriminated against enough

[Translation]

elles doivent leur origine en parlant de maladies transmises sexuellement au lieu de maladies vénériennes.

Il faut bien prendre conscience que le SIDA est simplement une autre maladie transmissible, que l'on n'a pas encore réussi à traiter. Le SIDA est faussement perçu comme une maladie qui dépasse notre champ d'expérience, et c'est ce qui explique la peur qu'il inspire. Or, la réalité est tout autre. Jusqu'à récemment, les maladies transmises sexuellement n'étaient généralement pas considérées comme un sujet de discussion acceptable. Comme ces maladies pouvaient être traitées, on a eu tendance à passer sous silence les autres aspects intéressant la santé publique. L'opinion publique a cependant évolué. L'apparition du SIDA, et la peur qu'il suscite, nous ont obligés à examiner des questions auxquelles nous ne nous étions pas arrêtées relativement aux maladies transmises sexuellement. Profitons de cette occasion pour prévoir une meilleure protection contre les maladies transmissibles tout en tenant compte des préoccupations légitimes du public quant aux conséquences éventuelles de l'application des mesures prévues à cet égard.

Je vous signale que la remarque concernant l'article du Code criminel dénote que le comité qui l'a examiné ne le jugeait plus utile. Je rappelle d'ailleurs qu'il s'agissait d'une loi pénale et non pas d'une loi visant la protection de la santé. Il va sans dire que, du point de vue de ceux qui s'intéressent au domaine de la santé, il y a d'autres façons de régler le problème. Ceux qui s'intéressent à la réforme du droit criminel estiment que de ce côté aussi, il y a sûrement moyen de faire mieux.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Starkman. Monsieur Young.

M. Young: Aux pages 4 et 5, vous parlez du rapport de la Commission Badgley. Vous soulignez une façon de transmettre le SIDA et d'autres maladies vénériennes aux enfants en mentionnant spécifiquement les enfants victimes d'abus sexuels. Il doit sûrement y avoir d'autres façons de communiquer cette maladie aux enfants, par exemple par des transfusions sanguines.

M. Starkman: Oui, bien sûr. Dans son rapport, la Commission ne s'est pas penchée sur les autres façons, car elle avait pour mandat d'examiner les infractions sexuelles commises à l'égard des enfants. Les membres de la Commission se sont donc penchés sur l'aspect protection du point de vue des infractions sexuelles. La Commission a tout simplement conclu que le droit criminel ne prévoit aucune protection de la santé, et a fait d'autres recommandations destinées à améliorer la protection des enfants contre les abus sexuels.

Il est évident que si l'on examinait la question uniquement du point de vue de la protection de la santé, il faudrait prendre en considération les autres façons de transmettre la maladie aux enfants, c'est-à-dire par des transfusions sanguines et au moment de l'accouchement lorsque la mère est elle-même victime du SIDA.

M. Young: Je trouvais important de préciser ce point, car plusieurs enfants se sont vu refuser l'accès aux écoles et souffrent déjà suffisamment de la discrimination qui leur est

[Texte]

without being labelled as only having the disease as a result of sexual abuse.

Do you feel the public health statutes at the present time are sufficient to guarantee some confidentiality as well as to cope with the reporting procedure you are suggesting?

• 1600

Mr. Starkman: There are really two sides to that question, I think, and one of the sides is the confidentiality. I have indicated that the statutes vary across the country. They used to be relatively uniform when there were venereal disease prevention acts, but gradually those are being subsumed into public health acts and so the structures of the acts are changing.

I have looked at the older form in the older acts and I have seen very strict provisions. In one act that I looked at—it may still be in force or it may be one of the ones that has been superseded—they said that the release of this kind of information was cause for discharge from office of an official who would allow this kind of information to be released, without court order and so on, without legal process. I am generally satisfied, from what I have seen in the statutes, although they are now differently worded across the country, that there is a great emphasis on confidentiality. And so far as I know, that trust has not been abused.

The sexually transmitted diseases case is a good example. As far as I know, nobody has yet claimed that operating this protective system in connection with sexually transmitted diseases, that this information has been released and, as a result, people have been affected by it.

So I am fairly convinced, from what I know anyway, that the confidentiality system works. Whether the system can cope with it, that is an interesting question too. The way it copes is not only by having the statute there but by making administrative arrangements that reflect the spirit of the statutes as well. I think, from what I have seen, that the provinces have made a great effort to observe the spirit of the statutes, to make their administrative arrangements conform to what the objectives of the statute are.

Through the federal-provincial meetings, I think this aim has been furthered considerably. That is why I think out of the last meeting came the agreement that confidentiality will be respected. That is a common understood principle among all the provinces. There was no reason to believe that had not been the case before but they affirmed it. So I think they are capable of coping.

Another reason I think they are capable of coping is because the statutes step up the dangers from lesser to greater, as I indicated. Typically, you may have a notifiable disease, communicable disease... In Ontario, for example, if it is really bad, they will call it a virulent disease and have special measures there. The statutes are set progressively, according to the threat of the disease. And the measures are set very nicely in accordance with that arrangement.

[Traduction]

infligée sans qu'en plus on dise d'eux qu'ils ont contracté la maladie à la suite d'abus sexuels.

Croyez-vous que les lois actuelles sur la santé publique protègent suffisamment la confidentialité et prévoient des mesures adéquates pour établir le système de déclaration dont vous parliez?

M. Starkman: Il y a en fait, à mon avis, deux aspects à cette question et un de ceux-ci est le confidentiel. J'ai déjà indiqué qu'il y avait des différences dans les diverses lois provinciales. Au départ, il y avait une certaine uniformité dans les lois de prévention des maladies vénériennes mais petit à petit elles ont été incorporées aux lois sur la santé publique et leur structure a été modifiée.

J'ai examiné l'ancienne forme dans les anciennes lois et j'ai constaté que les dispositions étaient très strictes. Dans une des lois que j'ai examinées—elle est peut-être toujours en vigueur ou bien c'est une de ces lois qui ont été incorporées—il est dit que la divulgation de ce genre de renseignement peut entraîner le renvoi immédiat sans autre forme de procès du fonctionnaire responsable de la divulgation. Bien que le libellé diffère d'une province à une autre, j'ai constaté à ma satisfaction qu'il est fait grand cas, d'une manière générale, du caractère confidentiel de ce genre de renseignement. Et que je sache, les exemples d'abus sont rares.

Le cas des maladies transmises sexuellement est un bon exemple. Que je sache, personne ne s'est jamais plaint que la prévention des MST ait donné lieu à la divulgation de ce genre de renseignements, donc personne n'a eu à en souffrir.

Je suis donc relativement convaincu, d'après ce que j'ai pu constater, que ce système de protection des renseignements fonctionne. Maintenant, quant à savoir si ce système est infaillible, la question est également intéressante. Pour que ce système fonctionne il faut non seulement qu'il y ait une loi mais que des mesures administratives respectant l'esprit de ces lois soient également prises. D'après ce que j'ai pu constater les provinces ont fait de grands efforts pour respecter l'esprit de ces lois, ont pris des mesures administratives respectant les objectifs de ces lois.

Je crois que les réunions fédérales-provinciales ont considérablement renforcé cet objectif. C'est la raison pour laquelle, à mon avis, ce principe a été de nouveau agréé lors de la dernière réunion. C'est un principe communément compris par toutes les provinces. Il n'y avait pas de raison de croire que tel n'avait pas été le cas jusqu'à présent mais ils l'ont réaffirmé. Je ne pense donc pas que cela pose de problème.

Une autre raison qui me fait penser qu'ils sont capables de faire face à la situation est que les lois, comme je l'ai déjà indiqué, prennent la mesure du danger. En cas de maladie contagieuse... En Ontario, par exemple, si la situation est vraiment grave, la maladie est considérée comme étant virulente et des mesures spéciales sont prises. Les dispositions des lois sont appliquées de manière progressive proportionnel-

[Text]

The theory is fine. However, there might be greater uniformity. In Canada, when an emergency comes or when a new communicable disease strikes, we want to know what is happening across Canada; we do not just want to know what is happening in one particular province. So we head to the statutes. I had a little bit of a head start because I had been looking at them for other reasons, in connection with sexually transmitted diseases. I know that people find it difficult because they are not fully aware of all of the statutes, and some of them are being changed. It would be useful if there were greater uniformity in the provisions. In other words, if you saw a particular type of provision you would understand that it would be roughly the same across Canada, with some minor variations. It is not that easy now because of the different ways in which these sections are worded. For example, they rarely refer to contact tracing. Alberta does.

Mr. Young: Is any effort being made to get uniformity across the country?

• 1605

Mr. Starkman: I do not know. I say I do not know because, while I attend the federal-provincial meetings and am a consultant to the NAC-AIDS committee, I have heard this wish expressed. But I think this has not been expressed as a priority. I think the priority is to deal with the disease. I have heard interest expressed in what you say. However, I have a hunch that it is not going to be first or even second on the list of priorities. But I think there is some interest in it.

Mr. Young: One last question, Mr. Chairman, if I may.

The Chairman: Yes, you have two minutes.

Mr. Young: It is with reference to children. Fortunately, there have not been too many, but there have been reports of children denied access to an educational facility because they may have AIDS. You have confirmed what we have heard previously on this committee, that really it is only through an exchange of bodily fluids, whether sexually transmitted or a blood transfusion or otherwise.

I am asking an opinion here, which you may not wish . . . Would there perhaps be a case where a child has been denied access to education, where a challenge could be made under the Canadian Charter of Rights and Freedoms?

Mr. Starkman: I would like to avoid that question. The reason I would like to avoid it is because I, in a way, think that kind of situation is preventable. The reason I think it is preventable is because, from my own knowledge, the federal-provincial people, the NAC-AIDS committee and so on, have been very concerned with the ways of preventing these injustices. The way they have been doing it is by developing guidelines.

[Translation]

lement à la menace que représente la maladie. Ce système est respecté et semble fonctionner correctement.

En théorie, c'est très bien. Cependant, il pourrait y avoir une plus grande uniformisation. Au Canada, en cas d'urgence ou d'épidémie de maladie contagieuse, nous voulons savoir ce qui se passe dans toutes les régions et non pas simplement dans une province en particulier. Nous faisons alors appel aux lois. J'avais un peu d'avance sur les autres car j'avais étudié ces lois pour d'autres raisons dans le contexte des maladies transmises sexuellement. Je sais que certains éprouvent des difficultés car ils ne connaissent pas toutes les lois et certaines d'entre elles sont en cours de modification. Une plus grande uniformisation des dispositions serait utile. En d'autres termes, vous sauriez qu'un certain type particulier de dispositions se retrouve pratiquement dans toutes les lois provinciales avec quelques variations mineures. Ce n'est pas aussi facile actuellement à cause de la manière différente dont ces articles sont libellés. Par exemple, ces lois abordent rarement la question du dépistage des personnes ayant pu être en contact avec un malade. La Loi de l'Alberta en parle.

M. Young: Y a-t-il des tentatives d'uniformisation?

M. Starkman: Je ne sais pas. Je dis ne pas savoir car j'ai souvent entendu ce souhait exprimé lors des réunions fédérales-provinciales auxquelles j'ai participé et en ma qualité de conseiller du Comité consultatif national sur le SIDA. Néanmoins, je ne pense pas que cela soit une priorité. C'est trouver un remède à cette maladie qui a la priorité, à mon avis. J'ai entendu de l'intérêt manifesté pour ce que vous demandez mais j'ai l'impression que cette question est loin d'être prioritaire. Il reste cependant qu'elle fait l'objet d'un intérêt certain.

M. Young: Une dernière question, monsieur le président, avec votre permission.

Le président: Oui, il vous reste deux minutes.

M. Young: Il s'agit des enfants. Heureusement, les cas sont assez peu nombreux, mais on entend parler d'enfants qui ne peuvent plus aller à l'école parce qu'on les soupçonne d'avoir le SIDA. Vous venez de confirmer ce qu'on nous avait déjà dit, à savoir que cette maladie ne peut être transmise que par un échange de fluide corporel, qu'il s'agisse de rapports sexuels ou de transfusion sanguine, etc.

Je vous demande une opinion que vous ne souhaiterez peut-être pas . . . Si un enfant se voit refuser l'accès à l'éducation pourrait-on contester une telle décision en invoquant la Charte canadienne des droits et des libertés?

M. Starkman: J'aimerais ne pas répondre à cette question car, d'une certaine manière, je crois que ce genre de problème est évitable. Je pense qu'il est évitable car, selon ma propre expérience, les responsables au niveau fédéral-provincial, le Comité consultatif national sur le SIDA, etc., se sont penchés avec sérieux sur les manières de prévenir ce genre d'injustice. La solution qu'ils ont adoptée est celle de directives.

[Texte]

The NAC-AIDS committee for example, while I have been sitting with it, has worked and developed guidelines for physicians who inform individuals who have developed antibody to HTLV-III. They have worked out guidelines for counselling health care workers who have sustained occupational exposures; they have guidelines for the public who have been informed of their zero positivity to this HTLV-III antibody.

I know the provincial departments are concerned with the question of education, and certainly education is one of the items that is on the NAC-AIDS agenda. I am not so sure whether it is on the next federal-provincial agenda, but I know it is a matter of concern. It would be my guess that the administrative adjustment I have been talking about, to reflect the objectives of the public health acts, is going to require dealing with the problems you are talking about.

Through discussion and interchange, which the federal government has been promoting through the federal-provincial meetings and through the NAC-AIDS committee, it has been possible to make these adjustments so that there are no deprivations. But to do that they first of all have to make clear what the actual dangers are.

What the NAC-AIDS committee has been doing is looking very carefully at what the actual dangers are. Telling this to the provinces, developing guidelines, getting feedback from the provinces, through the federal-provincial meetings. The province then goes back to its own individual departments, I assume, including education. What you get is constant adjustment.

Also, I know that the educational bodies—teachers' bodies, principals' bodies and so on—have been very interested in this. Apparently, they have been trying to find out what is the exact danger and adjusting within their own institutions.

So it is my belief, at this point, that adjustment, which is already taking place, will probably be successful. Therefore, I do not think you are going to have this immediate challenge to a breach of the individual's rights.

I am sorry, I am side-stepping it, but I think this process is far more important.

Mr. Young: Certainly. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Young.

Monsieur Hamelin, dix minutes.

• 1610

M. Hamelin: Vous savez que ce Comité a entendu beaucoup de témoignages de représentants du monde médical. Dans certains cas, on nous a rassurés, mais dans d'autres, les perspectives sont un peu moins intéressantes. Je parle de l'évolution de la maladie.

Docteur, si les modes de transmission de la maladie se modifiaient sensiblement, sortaient du couloir sexuel et que la maladie se développait au niveau épidémique généralisé, les lois canadiennes actuelles nous permettraient-elles de prendre

[Traduction]

Le Comité consultatif national sur le SIDA, par exemple, depuis que je participe à ces travaux, a mis au point des directives destinées aux médecins qui informent ceux chez qui on a détecté la présence d'anticorps contre le virus HTLV-III. Il a mis au point des directives destinées aux professionnels de la santé qui sont exposés à la maladie; il a mis au point des directives destinées aux membres du public dont le test d'anticorps HTLV-III s'est révélé positif.

Je sais que ce problème dans le milieu éducatif inquiète les ministères provinciaux et c'est une des questions à l'ordre du jour du Comité consultatif national sur le SIDA. Je ne sais si elle figure à l'ordre du jour de la prochaine réunion fédérale-provinciale mais je sais que c'est une question d'actualité. J'ai l'impression que les ajustements administratifs dont j'ai parlé, ajustements devant refléter les objectifs des lois sur la santé publique, devront aborder justement ces problèmes.

Grâce au dialogue et aux échanges initiés par le gouvernement fédéral dans le cadre des réunions fédérales-provinciales et par l'intermédiaire du Comité consultatif national sur le SIDA, il a été possible de procéder à ces ajustements afin de prévenir toute injustice. Mais pour ce faire, il faut avant tout définir clairement les vrais dangers.

Le Comité consultatif national sur le SIDA a mis au point des directives en consultation avec les provinces par l'intermédiaire des réunions fédérales-provinciales. Il incombe alors aux provinces d'informer leurs propres ministères, je suppose, y compris ceux de l'Éducation. Les ajustements sont constants.

Je sais également que les associations professionnelles—les associations d'enseignants, les associations de directeurs d'école, etc.—s'intéressent vivement à la question. Apparemment, elles essaient de déterminer la nature exacte du danger pour procéder aux ajustements appropriés dans leurs institutions.

J'estime donc que les ajustements qui sont déjà en train d'être effectués se solderont probablement par un succès. Par conséquent, je ne pense pas qu'il y ait danger immédiat de cette violation des droits individuels.

Je m'excuse de ne pas répondre directement mais c'est beaucoup trop important.

M. Young: Certes. Merci.

Le président: Merci, monsieur Young.

Mr. Hamelin, ten minutes.

Mr. Hamelin: You know that this committee has heard a great deal of testimony from representatives of the medical profession. We were given some reassurances but other more worrisome prospects were also referred to. I am speaking about the evolution of the disease.

Doctor, in the event of a significant change in the ways in which the disease is transmitted, sexual transmission being replaced by a more generalized epidemic, would the present Canadian legislation allow us to take the measures required,

[Text]

les mesures qui s'imposeraient, ceci au-delà de toutes ces questions du secret professionnel?

Mr. Starkman: I have been noticing in the literature lately that they have been monitoring very carefully the question of this disease being spread by other than sexual means. The Centers for Disease Control in Atlanta, and all of their publications, have indicated that they are watching this very carefully. I know that the Laboratory Centre for Disease Control is also watching this very carefully. But so far as I have been able to find, there does not really seem to be all that much of a case yet. So the question in a way is very much hypothetical.

I would say that because of the way in which the provincial public health acts are structured, they can take necessary measures. Traditionally, what has happened in the past is that it has become necessary, for example, for the federal government, in the person of the Laboratory Centre for Disease Control, to make itself available in order to help to obtain information from specialists, say, from the United States. They get information on drugs for testing and other things that might be helpful. I suppose this would also happen in the case of a vaccine, if a vaccine is developed. It is through facilitating all of these things that the federal government has really been able to be helpful to the provinces.

If it were to become an emergency because of the disease's spreading by other means, which there does not seem to be any prospective of, I would say, we will have to deal with that when it comes. I have no doubt that, if it became a terrific emergency, there are constitutionally federal powers which could be used to develop necessary legislation, where legislation is required, or even to use existing legislation where we have it. However, I think this is unlikely. Historically what happens is that the province, through the help of the federal government, has always met these threats. As you know, they have met threats in the polio field—very serious disease threats. Although we can speculate, I do not really see this as a likelihood.

M. Hamelin: Le respect assez généralisé du secret professionnel dans le monde médical nuit-il à la santé publique au Canada? Étant donné qu'on n'a pas encore trouvé de vaccin ou de remède contre le SIDA, croyez-vous que cette question du secret professionnel nuit actuellement à la recherche et à l'examen de l'évolution de la maladie? En d'autres termes, le respect des droits individuels nuit-il actuellement aux droits collectifs et nous empêche-t-il de trouver une solution?

[Translation]

regardless of any considerations relating to professional secrecy?

M. Starkman: Je remarque que récemment, dans les revues spécialisées, on suit de très près l'évolution de la maladie par des moyens autres que la transmission sexuelle. Cet aspect fait l'objet d'une attention toute particulière de la part des *Centers for Disease Control* à Atlanta et on en parle dans toutes leurs publications. Je sais aussi que la question est suivie de près par le Laboratoire de lutte contre la maladie. Mais d'après ce que j'ai pu constater jusqu'ici, le phénomène semble très limité. Ainsi votre question est très hypothétique.

Les dispositions de la législation provinciale en matière d'hygiène publique permettraient aux autorités de prendre les mesures qui s'imposent. Normalement, dans le passé, le gouvernement fédéral a dû intervenir, par l'entremise du Laboratoire de lutte contre la maladie, afin de faciliter l'obtention d'information de spécialistes, des États-Unis, par exemple. On reçoit des données au sujet de drogues qui sont à l'essai et d'autres renseignements susceptibles d'être utiles. Je suppose qu'il en sera de même dans le cas d'un vaccin, si cette méthode s'avère possible. C'est en facilitant ce genre d'échange et de mesures que le gouvernement fédéral a pu aider les provinces.

Quant à une situation d'urgence créée par la propagation de la maladie par d'autres modes de transmission, ce qui ne me semble nullement probable, nous devons décider comment y faire face quand nous serons confrontés au problème. S'il s'agit d'une véritable crise, je suis sûr que le gouvernement fédéral dispose de pouvoirs constitutionnels qui nous permettraient d'adopter la législation qui s'impose ou même d'avoir recours aux dispositions qui existent déjà. Mais, je pense que cette situation est peu probable. D'après notre expérience, les provinces se sont toujours montrées à la hauteur de la tâche avec l'aide du gouvernement fédéral. Comme vous le savez, elles ont réussi à s'attaquer à la menace présentée par la polio et d'autres maladies très sérieuses. On peut toujours faire des conjectures mais je ne pense pas que cette possibilité constitue un risque probable.

Mr. Hamelin: Can the fairly generalized adherence of medical professionals to the principle of professional secrecy be considered harmful to public health in Canada? In view of the fact that no vaccine or cure for AIDS has yet been found, do you think that the principle of professional secrecy is detrimental to research and monitoring the evolution of the disease? In other words, is this respect for individual rights proving harmful to the rights of the population at large and is it preventing us from finding a solution?

• 1615

Mr. Starkman: In the case of sexually transmitted diseases before we had AIDS, certainly it affected the ability of the provincial health authorities to provide surveillance of the disease. As the Badgley report mentioned, the private practitioners treated the patient symptomatically rather than report. In other words, they often did not send the samples to the laboratory to be tested. In most of the provinces if you send it

M. Starkman: Dans le cas des maladies transmises sexuellement avant l'avènement du SIDA, le secret professionnel a certainement eu un effet sur la capacité des autorités provinciales de surveiller la maladie. Comme le rapport Badgley l'a mentionné, les médecins privés soignaient les malades en se basant sur les symptômes pour n'être pas obligés de faire un rapport. Autrement dit, souvent ils n'envoyaient pas d'échantil-

[Texte]

to the laboratory, the laboratory, under the provincial public health legislation, is obliged to report a positive test. So they did not send it; they simply treated it and it went away. They never really knew what the person had.

If they went to a clinic, the clinic reported there was no problem. There never has been, as far as I know, a problem with confidentiality.

Now, in the case of AIDS, I think there has been significant movement towards a more clinical testing because of the great danger. Because of the actual danger to life, because it cannot be treated symptomatically, they have moved people more and more into facilities for testing. For example, if you wanted to give blood, you had to have your donation tested by the Red Cross. The Red Cross, if they found that there was zero positivity, or whatever, would then tell you that they have had certain findings. They would suggest that you consult your physician about it. They would then send the findings to the physician so you could discuss it with the physician.

So through this process, by making available to physicians... I think there are other physicians who are willing to discuss the problem. Where the private physician may not wish to get into the full discussion of AIDS, or he may not have all the information he needs, the provinces are generally making it possible for the individual to see a physician who will counsel them and provide the necessary information. So by doing that you are moving the testing away, in effect, to other sites. I think, therefore, you are becoming more aware of what is going on.

The confidentiality part, so far as I am aware, has not changed. As far as I know, confidentiality is still respected. It does not matter whether you are going to your private physician or whether you have chosen to go to somebody else, somebody provided by the public health authorities. As far as I can see, the confidentiality is still respected. We read a lot about confidentiality, but I would simply repeat what the Badgley report said and what, I think, others have been saying: There is absolute confidentiality and relative confidentiality. If you have absolute confidentiality that means you cannot really move on the surveillance of the disease. If you have relative confidentiality, then the name is only made known where it is absolutely necessary to follow up the disease.

For example, in contact tracing, if an individual goes out to trace contacts of an infected individual, he does not mention any names to those contacts at all. The only one who knows the contact's name is the person who is going out. You have the names in the hands of a very tiny number of people, a very small number, and they never get out. And, as far as I know, they never have.

You may ask then, what is all the fuss about confidentiality? I think what happened was that specific groups, which are identified as being at high risk, felt threatened. Because they had not had the wider experience under the public health statutes, with sexually transmitted diseases and so on, they

[Traduction]

lons pour des tests en laboratoire. Dans la plupart des provinces, la loi oblige les laboratoires à faire rapport si le résultat du test est positif. Ainsi, les médecins préféraient soigner les malades sans envoyer d'échantillons aux laboratoires. Ils ne savaient jamais exactement quelle était la maladie de la personne.

Si le malade était soigné dans une clinique, le problème ne se posait pas, la clinique devait faire un rapport. À ma connaissance, il n'y a jamais eu de problème en ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements.

Pour ce qui est du SIDA, je crois qu'on a davantage tendance à faire des essais ou des examens cliniques à cause du grand danger. Étant donné le risque mortel que représente la maladie, on ne peut pas se contenter de traiter les symptômes, on doit faire faire des examens. Par exemple, si vous voulez donner du sang, votre don doit faire l'objet d'un examen de la part de la Croix-Rouge. En cas de résultat positif, vous seriez informé et on vous suggérerait de contacter votre médecin et les résultats lui seraient communiqués.

De cette façon, en divulguant ces informations au médecin... Je pense qu'il y a d'autres médecins qui seraient prêts à parler du problème. Si le médecin de famille a certaines réticences ou n'a pas tous les renseignements qu'il estime nécessaires, les provinces sont généralement prêtes à renseigner le nombre de médecins pouvant donner et conseiller les informations nécessaires. Ainsi, les tests et les examens se feront ailleurs. Tout cela permet de mieux suivre l'évolution de la situation.

À ma connaissance, le caractère confidentiel des renseignements est resté intact. Je crois qu'on respecte toujours ce principe. Peu importe si l'on consulte un médecin de famille ou un service public. Autant que je sache, le caractère confidentiel de la chose est respecté. On a beaucoup dit à ce sujet mais je vais simplement répéter l'observation du rapport Badgley selon laquelle il existe un secret professionnel absolu et un secret professionnel relatif. S'il y a un secret absolu, cela veut dire qu'on ne peut pas bien surveiller la maladie. S'il y a un secret relatif, cela veut dire que le nom est communiqué seulement quand c'est absolument nécessaire pour suivre l'évolution de la maladie.

Par exemple, quand on essaie de retrouver les contacts, c'est seulement la personne chargée de l'enquête qui sait le nom du malade. C'est un groupe extrêmement restreint qui est au courant des noms des personnes concernées et ces noms ne sont jamais divulgués. À ma connaissance, ils ne l'ont jamais été.

Vous vous demandez peut-être pourquoi l'on insiste tellement sur le caractère confidentiel de cette information. Je pense que c'est parce que des groupes précis, réputés courir un risque élevé, se sentaient menacés. Étant donné leur peu d'expérience avec la législation en matière de santé publique, notamment dans le domaine des maladies transmises sexuelle-

[Text]

felt, I think, that the public was zeroing in on them. They felt threatened.

• 1620

I think what is happening now is that they are beginning to realize that it is one public health system for everybody, that it does not single out anybody, that it does not try to point the finger at anybody. It is only concerned with the public health. It observes total confidentiality, except in so far as it is necessary to ensure the public health, and that is it. As far as I can see, it has not been abused. I would be very interested in learning of instances where it has been abused.

Mr. Hamelin: Thank you, sir.

The Chairman: Thank you. Mr. McCrossan, five minutes, and then Mr. Lesick.

Mr. McCrossan: Thank you. I would like to start with the last sentence of your presentation where you say "Let us made use of the opportunity to improve our protection against communicable diseases". Is it your recommendation that there be mandatory reporting to a central agency of either sexually transmitted diseases or HTLV-III positive, or something along this line?

Mr. Starkman: I think we already have reporting.

Mr. McCrossan: But it is not mandatory.

Mr. Starkman: Reporting is mandatory in most of the provinces. The question is: What is mandatory? Is it the reporting of AIDS or is it also the reporting of the seropositivity?

Mr. McCrossan: That is right.

Mr. Starkman: Now, I do not have problems with whatever the provinces are deciding in this case. This is why I have been stressing these administrative accommodations. I gather what has been happening is that whether or not there are disagreements on certain general principles—remember I said earlier that some people do not believe in contact tracing, some people do and so on.

The Laboratory Centre for Disease Control is concerned with surveillance. For the purpose of surveillance, they are getting, through the administrative accommodations, the information that they require. As far as what the province requires internally, for its own direct treatment—the federal government does not treat, it surveys but it does not treat. The provinces are doing the treatment. Let us say a province is committed to counselling and contact tracing and so on—as long as it administratively has the information that permits it to do that, and I cannot speak for the federal government or the Laboratory Centre for Disease Control, we seem to be happy.

If there is a system in place to report either the existence of AIDS or the serum antibodies . . . Let us move on to the issue of contact tracing. Contact tracing per se has been around for a while. What about the testing of those contacts? Identifying who the contacts were is one thing, but obviously it adds

[Translation]

ment, ils avaient l'impression, je pense, de devenir le point de mire du public et ils se sentaient menacés.

M. Hamelin: Merci, monsieur.

Le président: Merci. Monsieur McCrossan, pour cinq minutes, puis M. Lesick.

M. McCrossan: Merci. Je voudrais commencer par la dernière phrase de votre exposé: «Saisissons cette occasion pour améliorer nos moyens de protection contre les maladies contagieuses». Recommandez-vous de rendre obligatoire la déclaration à un organisme central des maladies transmises sexuellement ou de la présence d'anticorps au HTLV-III, ou quelque chose de ce genre?

M. Starkman: Je crois que cela se fait déjà.

M. McCrossan: Mais ce n'est pas obligatoire.

M. Starkman: Les déclarations sont obligatoires dans la plupart des provinces. La question est de savoir qu'est-ce qui est obligatoire? Doit-on déclarer les cas de SIDA ou doit-on aussi déclarer la présence d'anticorps?

M. McCrossan: C'est cela.

M. Starkman: La décision des provinces, quelle qu'elle soit, ne pose pas de problème. C'est pourquoi j'ai insisté sur la mise en place d'arrangements au niveau administratif. Qu'il y ait ou non des accords sur certains principes généraux—et n'oubliez pas que, comme je le disais tout à l'heure, certaines personnes sont contre l'idée de rechercher les personnes qui ont été en contact avec la maladie, d'autres y sont favorables, et ainsi de suite . . .

Ce qui intéresse le Laboratoire de lutte contre la maladie, c'est la surveillance. À cette fin, le laboratoire obtient, grâce à des arrangements sur le plan administratif, les renseignements dont il a besoin. En ce qui concerne les exigences des provinces, aux fins de traitement—le gouvernement fédéral ne s'occupe pas de traitement, il se contente de faire enquête. Ce sont les provinces qui sont chargées du traitement. Si une province décide d'offrir une aide-conseil et de rechercher les personnes contaminées, tant qu'elle a les moyens administratifs de le faire—et je ne peux pas parler au nom du gouvernement fédéral ni du Laboratoire de lutte contre la maladie—cela ne nous dérange pas.

S'il existe un mécanisme permettant la déclaration soit des cas de SIDA, soit de la présence d'anticorps . . . Mais passons à la question de la recherche des personnes qui ont été en contact avec la maladie. Cela se fait déjà depuis un certain temps. Mais doit-on les soumettre à une analyse? C'est une

[Texte]

another level of information if you know which of those levels of contacts also show the serum antibodies.

Mr. McCrossan: Are there precedents for going that far in the law, to allow you to trace the contacts and then test the contacts to see whether indeed they are positive?

Mr. Starkman: We have two steps. First of all, there is the step that takes us through contact tracing to the person. Obviously, one of the things they are going to be counselled to do is to be tested. Now, I should tell you that, from what I can see, the contact tracing is generally done where you are talking about heterosexual contacts or kids and so on. I do not know what the follow-up is among homosexual males, for example.

I know that the head of the Public Health Bureau in San Francisco has advocated that there be contact tracing, for example, with heterosexuals, but not necessarily among the homosexual community. He thinks the homosexual community is alert to the question and therefore able to provide its own counselling and so on. But he says, yes, with the heterosexual population, you should have contact tracing. If you go out there and talk to the person, one of the first things you are going to say is, look, you were a contact of that person; you should certainly consider what steps you should take, and one of the steps is perhaps you should find out whether or not you are indeed infected. That person will probably be tested and certainly he will be counselled.

As to whether or not you should make it mandatory, I think you have a great problem. For one thing, not all of the public health authorities follow the philosophy that contact tracing is useful. Some of them do not think it is useful. The ones I have talked to who have done contact tracing in connection with sexually transmitted diseases efficiently for many years are very strong advocates of it in connection with AIDS because they say, sure, there is no treatment but we can give very valuable counselling and help to stop the spread of AIDS through doing this. And I am impressed that they are quite right.

• 1625

They are also the people, incidentally, who are extremely strong and very detailed on confidentiality in their instructions to the people going out to do the contact tracing. They have not said that it is necessary to have compulsory testing of those people.

One of the things they have found, I have been told anyway—as I say, I am not a doctor so I do not know—but one of the things I have been told is that in at least one jurisdiction, the people who have AIDS are quite often the people who are the reservoir of STDs too. There is a remarkable ability, shall we say, with contact tracing, to identify the clientele and often there is an overlap between the STD clientele and the AIDS clientele. I am not saying there always is, but there is some. And even the people who have identified this have not said there should be compulsory testing. So to me it is a non-issue.

From what I have heard, I do not think it is a big enough threat. Nor have I heard that the people do not go out and

[Traduction]

chose que d'identifier ces personnes, mais c'est autre chose d'apprendre qui parmi elles a des anticorps.

M. McCrossan: Existe-t-il des précédents juridiques qui vous permettent de rechercher ces personnes et puis de les soumettre à une analyse pour détecter la présence d'anticorps?

M. Starkman: Il y a là deux aspects. Tout d'abord, il y a la recherche de la personne. Bien entendu, lorsqu'on la retrouve, on lui conseille de se soumettre à l'analyse. Je dois vous préciser que d'après mon expérience, on recherche généralement les contacts hétérosexuels, les enfants, et ainsi de suite. Je ne sais pas quel est le suivi parmi les homosexuels, par exemple.

Je sais que le chef du bureau de l'hygiène publique de San Francisco a recommandé la recherche des partenaires sexuels, par exemple, parmi les hétérosexuels, mais pas nécessairement chez les homosexuels. Il estime que les homosexuels sont suffisamment conscients du problème et qu'ils sont par conséquent en mesure d'assurer leurs propres services de conseil et ainsi de suite. Mais il recommande la recherche des partenaires dans la population hétérosexuelle. Lorsqu'on aura trouvé la personne, on la mettra au courant de la situation et on l'encouragera certainement à prendre certaines mesures, et entre autres à passer un test pour savoir si elle est contaminée ou non. La personne sera donc probablement testée et certainement conseillée.

Quant à savoir si cela devrait être obligatoire ou non, la question est très grave. D'abord, les autorités en matière d'hygiène publique ne sont pas toutes convaincues de l'utilité de rechercher les contacts. Ceux à qui j'ai parlé et qui ont adopté cette méthode avec succès il y a de nombreuses années dans le cas des maladies transmises sexuellement recommandent vivement qu'elle soit appliquée aux cas de SIDA, car ils estiment que même s'il n'existe aucune cure, il est au moins possible d'aider les malades en les conseillant et d'enrayer la contagion. Et je pense qu'ils ont tout à fait raison.

Soit dit en passant, ce sont aussi ces gens-là qui sont très pointilleux sur la nature privée des renseignements et qui donnent des instructions très précises aux personnes chargées de la recherche. Ils ne jugent pas nécessaire d'imposer les analyses aux contacts.

Ils se sont aperçus—d'après ce qu'on m'a dit du moins, car je ne suis pas moi-même médecin—que les personnes atteintes du SIDA sont très souvent les mêmes qui souffrent de maladies transmises sexuellement. Il est remarquablement aisé dans la recherche des contacts d'identifier la clientèle, si l'on peut dire, et il y a souvent chevauchement entre les maladies transmises sexuellement et le SIDA. Je ne veux pas dire que ce soit nécessairement vrai, mais il y a chevauchement. Et pourtant, même ceux qui se sont rendu compte de cette situation ne recommandent pas le test obligatoire. Donc, pour moi, la question ne se pose pas.

D'après ce qu'on m'en dit, j'estime que la menace ne justifie pas une telle mesure. On ne m'a pas non plus laissé entendre

[Text]

have themselves tested. So I cannot tell. I suppose I just have to have more facts before I could follow on.

The Chairman: Thank you, Mr. Starkman. Mr. Lesick.

Mr. Lesick: Thank you very much, Mr. Chairman. It is very interesting to have you here, Mr. Starkman, giving us the perspective of law as a legal consultant for the Department of Justice and so on.

Public health acts are all provincial. They are provincial statutes. Where do the federal government and the provincial governments co-operate in this very important area?

Mr. Starkman: They co-operate through the NAC-AIDS committee which was established. Its members come from the provinces, of course. The Director of the Laboratory Centre for Disease Control, Dr. Clayton, is on the committee, of course, but the representatives are doctors and so on from the various provinces.

The committee has sub-committees as well. For example, it has subcommittees on research. It has various subcommittees looking at the different problems. They also get together in the federal-provincial meetings which they hold periodically, where representatives from provincial governments come together with the federal people and discuss the problems that we are talking about.

For example, when guidelines have been sent to the provinces, they get some feedback to find out how they are being used, how they have been adjusted for use in the provinces and so on.

Mr. Lesick: Two more questions. Are there any provinces that are lax in this area? We have 10 different entities. They are obviously not all going to be of the same laxity or the same strengths. Can you enlarge on that aspect?

Mr. Starkman: All of them have been represented at the meetings, so if we talk about their interest and their co-operation I do not think we can criticize at all because they have attended the meetings, they have expressed their interest in continuing with the meetings, they report and answer questions that are asked at the meetings and they are in constant contact with Ottawa for detailed scientific advice that they might get either from the Laboratory Centre for Disease Control or from NAC-AIDS. So I would say there is really total co-operation.

I have not, in all of the meetings I have gone to, heard any complaints about lack of co-operation. It may have taken some time for the administrative accommodation to have been made so that Ottawa has the best surveillance information. But I think that period has already gone by and the problem has been overcome. Certainly from what I have seen they seem to be quite satisfied with the information they are getting.

[Translation]

que les gens ne vont pas de même se faire tester. Je ne saurais donc dire. Je pense qu'il me faudrait avoir davantage de données pour prendre une décision.

Le président: Merci, monsieur Starkman. Monsieur Lesick.

M. Lesick: Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis heureux, monsieur Starkman, que vous soyez venu nous donner le point de vue juridique, en tant que conseiller auprès du ministère de la Justice. C'est très intéressant.

Les lois régissant l'hygiène publique sont du domaine provincial. Ce sont des lois provinciales. À quel niveau se fait la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux en cette question si importante?

M. Starkman: Ils collaborent au sein du Comité consultatif national sur le SIDA qui a été créé spécialement. Il est composé de représentants des provinces, bien entendu. Le directeur du Laboratoire de lutte contre la maladie, le Dr Clayton, en est membre, bien sûr, mais les autres membres sont des médecins et autres spécialistes représentant les diverses provinces.

Le comité a également créé des sous-comités. Il y a par exemple des sous-comités chargés de différentes recherches. Il y a aussi périodiquement des réunions fédérales-provinciales, où l'on discute des questions dont nous parlons aujourd'hui.

Par exemple, après avoir envoyé des lignes directrices aux provinces, le comité a pu savoir comment elles avaient été utilisées, comment elles avaient été adaptées aux circonstances de chaque province, et ainsi de suite.

M. Lesick: J'ai encore deux questions à poser. Y a-t-il trop de laisser-aller dans ce domaine dans certaines provinces? Il y en a 10. Elles ne vont pas toutes faire preuve de la même autorité ou de la même complaisance. Pouvez-vous nous apporter des précisions?

M. Starkman: Elles sont toutes représentées aux réunions; on ne peut donc pas les prendre en faute pour ce qui est de leur intérêt ou de leur esprit de collaboration, car elles sont représentées aux réunions, elles ont manifesté l'intention de continuer les rencontres, elles soumettent leurs rapports et répondent aux questions qu'on leur pose et elles sont en communication constante avec Ottawa pour obtenir des conseils d'ordre scientifique, soit du Laboratoire de lutte contre la maladie, soit du Comité consultatif sur le SIDA. Je dirais donc que la collaboration est excellente.

Je n'ai entendu aucune plainte, au cours des réunions auxquelles j'ai assisté, concernant un manque de coopération. Il a peut-être fallu un certain temps pour mettre en place les mécanismes administratifs permettant à Ottawa d'obtenir les meilleurs renseignements possible. Mais je pense que c'est maintenant chose faite et que la difficulté a été surmontée. D'après ce que j'ai pu voir, ils semblent tout à fait satisfaits des renseignements qu'ils obtiennent.

[Texte]

[Traduction]

• 1630

Mr. Lesick: As you may know—and we have had expert witnesses who have told us this—AIDS is an epidemic in Canada. If that is so—and that must be so, according to the witnesses—legally, why can we not insist that contacts we find should be tested, and required to be tested, for AIDS?

Mr. Starkman: I think it is a policy decision. My own feeling is that probably those who do not agree with contact tracing would simply say that would not make much difference. I suppose those who have better statistics might say, well, it would make a difference, but not very much. I suppose what you have to do is weigh the compulsory aspect against the gain you are going to get.

The first thing you have to find out is, well, if you do the contact tracing, do the people not go for testing? So what we would really have to have is the experience of provinces that do very diligent contact tracing. Which these provinces are, I do not know. All I know is that some provinces are keener on it than others. I have talked to some jurisdictions in the States and I have found that, again, they break down into jurisdictions which are very keen on contact tracing and others which are not. But the ones which are have never said to me, you know, we really need compulsory testing of the contacts. They seem to be happy with their results. Now, if you can get those results by being diligent in your contact tracing, why should you move to compulsory treatment?

Mr. Lesick: Mr. Starkman, it is an epidemic. Everyone who contracts AIDS dies. So why should we not attempt to find out every contact and test them to make sure there is not going to be any further spread of this? I would think the federal government and the Justice department would have this responsibility.

Mr. Starkman: Let me clarify one thing. The Justice department really in this is simply more or less accommodating Health and Welfare by allowing me to sit and be a consultant with them. The real interest and responsibility nationally I think is with Health and Welfare. But I suppose the answer might be that if you do have compulsory testing, what do you want to have compulsory testing for? Are you worried about AIDS or are you worried about the infection? As I have said, with the infection, the percentage of the infections which become dangerous, which turn into full-fledged AIDS or which indeed become communicable, is very, very small, and counselling appears to be good enough. So if you had efficient contact tracing and good counselling, you should be able to control the spread of the infection.

Full-blown AIDS is another matter. What I have said in my presentation is that there are some people who say you should have a criminal offence for transmitting AIDS, and the opinion seems to be that that is not a useful health measure.

Is there something in between? Well, the way the public health statutes are set up, under certain circumstances people can be quarantined. But even short of quarantine, if you look at some of these statutes, you will see that a person who has a

M. Lesick: Comme vous le savez sans doute—et divers experts nous l'ont dit—le SIDA prend au Canada des proportions épidémiques. Si tel est le cas—et cela semble l'être, d'après les témoins—pourquoi, sur le plan juridique, ne pourrions-nous pas exiger que les contacts retrouvés soient testés?

M. Starkman: C'est une décision politique. Personnellement, je pense que ceux qui sont contre cette méthode diront tout simplement qu'elle n'apporte pas grand-chose. Ceux qui ont des statistiques plus fiables vous diront sans doute que cela ferait une différence, mais minime. Il s'agit de juger si les gains que l'on peut espérer justifient une telle exigence.

Il faudrait d'abord savoir si les contacts retrouvés ne vont pas d'eux-mêmes se faire tester. Il faudrait donc se fonder sur l'expérience des provinces où l'on recherche consciencieusement les contacts. J'ignore quelles sont ces provinces. Je sais que certaines sont plus zélées que d'autres. J'ai parlé à diverses autorités aux États-Unis, et je me suis rendu compte que là aussi, certains insistent davantage sur la recherche des contacts que d'autres. Mais ceux qui le font ne m'ont jamais dit qu'il était absolument nécessaire d'avoir des tests obligatoires. Ils semblent satisfaits des résultats qu'ils obtiennent. Alors, si l'on peut obtenir de bons résultats en recherchant consciencieusement les contacts, pourquoi rendre le traitement obligatoire?

M. Lesick: Monsieur Starkman, il s'agit d'une épidémie. Toutes les personnes atteintes sont condamnées. Alors, pourquoi ne devrions-nous pas essayer de retrouver tous les contacts et les faire tester pour enrayer l'épidémie? Il me semble que c'est la responsabilité du gouvernement fédéral et du ministère de la Justice.

M. Starkman: Permettez-moi de préciser une chose. Le ministère de la Justice ne fait en réalité que rendre service au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en me permettant de jouer le rôle de conseiller. La véritable responsabilité au niveau national incombe, à mon sens, au ministère de la Santé et du Bien-être. Mais la question est de savoir, en fait, dans quel but on imposerait un test. Craint-on une infection? Comme je l'ai déjà dit, pour ce qui est de l'infection, seul un très faible pourcentage de cas sont véritablement dangereux et évoluent en SIDA, et en fait, un nombre infime de cas sont contagieux. Les services de conseillers semblent alors suffisants. Il devrait donc suffire, pour enrayer la contagion, de rechercher des contacts et de bien les conseiller.

Pour le SIDA même, c'est autre chose. J'ai dit dans mon exposé que certaines personnes estiment que la transmission du SIDA devrait être considérée comme un crime, et les experts semblent penser que ce n'est pas une mesure utile du point de vue de l'hygiène publique.

Y a-t-il une solution intermédiaire? Eh bien, les lois régissant l'hygiène publique permettent d'imposer une quarantaine dans certains cas. Mais sans aller jusque-là, certaines lois permettent d'obliger une personne atteinte d'une

[Text]

communicable disease can be compelled to attend for treatment. But the problem is, what treatment is there for AIDS?

So what you have is two problems. First, you have statutes which say you can be compelled to undergo treatment; but there is no treatment. So what you are really talking about again is counselling. You are back to counselling; and you are saying, look, do this and do not do that, so it will not spread further. Further than that I do not see you can go.

The other alternative, which some have advocated, is to take the person who says he will deliberately pass on the disease and deal with him through the criminal law.

• 1635

I have read the newspapers and we find in the newspapers statements to this effect from some people saying that in some province or some state there is a person who has said he is going to go on doing this even though he has AIDS. That is a problem for the public health authorities of the province or the state. Under the existing statutes I suppose the only thing they can do is to quarantine him. But what good is that going to do? Are they going to quarantine him for the rest of his life?—because there is no cure, and there is no quarantine period.

I did not say I would bring you answers. But I think I am successfully, thanks to your questioning, telling you the alternatives out there. Some of these are probably being looked at by the provincial health authorities. Again, they have to find ways of dealing with it administratively or by means outside of the statutes.

Mr. Lesick: Thank you.

The Chairman: Mr. Young.

Mr. Young: Just two very brief questions.

It seems to me that there are two major problems in reporting. The first one comes from the lack of confidence in the confidentiality part of it, and the other of course is the very real one where people react to their concerns about being in contact with someone with AIDS. What happens is all kinds of discrimination against the victim of AIDS in housing, services and other things.

I wonder whether it could not be tackled in two ways. The first would be by taking a look at the definition we presently give to disability and following up on the European experience to some extent where they define a disability as, generally speaking, anyone who is unable to work or live normally in society. I wonder, if we broadened the definition of disability, whether it would give a victim of AIDS a vehicle in which they can deal with the discrimination just as you would with discrimination based on sex or on age or physical disability or mental disability.

The second thing is that, on the confidentiality, at the last meeting of the committee we had before us a Ms Tracy Tremayne-Lloyd, who is the Chairperson of the Health Law Section of the Ontario Bar Association and she told us that our concept—and, generally speaking, people's concept—of confidentiality of medical records is really a myth, that even

[Translation]

maladie contagieuse à se faire traiter. Le problème dans le cas du SIDA, c'est qu'on ne connaît pas de traitement.

Il y a donc en fait deux problèmes. Tout d'abord, les lois permettent d'obliger un malade à se soumettre à un traitement; mais il n'existe pas de traitement. Alors, encore une fois, la seule chose que nous ayons, ce sont les services de conseillers. Nous revenons toujours au même point; vous demandez que l'on fasse ceci et cela pour empêcher la maladie de s'étendre. Je ne vois pas ce que l'on peut faire de plus.

Une autre possibilité, que certains préconisent, serait d'incriminer la personne qui dirait avoir l'intention de communiquer la maladie à d'autres.

Je lis les journaux et j'y ai vu reproduites de temps à autre des déclarations de gens qui affirment qu'ils vont continuer à agir comme par-devant, bien qu'ils soient atteints du SIDA. Cela pose un problème aux autorités sanitaires de la province ou de l'État. Avec les lois actuelles, la seule chose qu'elles puissent faire est de les mettre en quarantaine. Mais à quoi cela servira-t-il? Vont-ils les mettre en quarantaine pendant le reste de leur vie?—parce qu'il n'y a pas de remède et pas de quarantaine possible.

Je n'ai pas de solution à vous apporter, mais je crois que, grâce à vos questions, nous commençons à entrevoir les options qui se présentent. Les autorités sanitaires provinciales sont probablement en train de les examiner elles-mêmes, car elles vont devoir trouver des solutions administratives, sans recours à la loi.

M. Lesick: Je vous remercie.

Le président: Monsieur Young.

M. Young: Je n'ai que deux courtes questions.

Il me semble que la déclaration obligatoire présente deux grandes difficultés. La première est l'absence de garantie de confidentialité, et la deuxième est la peur des gens qui sont susceptibles de se trouver en contact avec des malades du SIDA. Ces derniers font l'objet de toutes sortes de discrimination au niveau du logement, des services, etc.

Je me demande si l'on ne pourrait pas s'attaquer au problème par deux moyens. Le premier serait de revoir la définition de l'invalidité, en suivant l'exemple européen, où l'on définit l'invalidité comme étant, de manière générale, ce qui empêche un individu de travailler ou de vivre normalement dans la société. Si l'on élargissait de cette manière la définition de l'invalidité, on pourrait peut-être donner ainsi à la victime du SIDA un instrument pour combattre la discrimination, au même titre que s'il s'agissait d'une discrimination fondée sur le sexe ou l'âge ou l'invalidité physique ou mentale.

En second lieu, en ce qui concerne la confidentialité, nous avons reçu lors de notre dernière séance une certaine M^{me} Tracy Tremayne-Lloyd, qui préside la Section du droit médical de l'Association ontarienne du barreau; elle nous a dit que la notion généralement répandue de la confidentialité des dossiers médicaux est un mythe et que, sans que les gens n'en

[Texte]

though I personally do not know of any violations of that confidentiality she told us that, for example, in Ontario under the OHIP system to maintain security of the public purse OHIP, for example, or their officials have the right to all kinds of information, including sending inspectors into the doctor's office to go through his or her files and this kind of thing. Perhaps taking a look at assuring people that some additional security could be provided, as well as the definition of disability, may go a long to assist people to come forward themselves and say that some of those concerns have been addressed so there is no longer any fear involved.

Mr. Starkman: On the first question on the disability, I suppose you are of the opinion that it is not clear whether that is a disability or not so you wanted that definition extended to cover this type of situation.

Mr. Young: In Europe, for example, people on dialysis machines are considered to be disabled; a person who is a cancer victim is considered to be disabled—in some European countries, not all—and maybe other jurisdictions as well.

Mr. Starkman: After all, it is a communicable disease. I always go back to the beginning and ask how this differs from sexually transmitted diseases before they found a cure for these things, before they found treatment. So if an institution is taking special steps in connection with AIDS then I ask the question: What were they doing in connection with sexually transmitted diseases? Do they have a history of looking at that? I find that they have not looked at that much because there has been a treatment. Now they are suddenly being forced to look at it because there is no treatment. What are they going to do when there is a treatment? Are they going to go back to dealing with it in the same way as they dealt with it before? One does not know.

• 1640

They are all excited about it; the insurance industry, for example, because people die. That is why you have the concern. The real question is: What was the concern for sexually transmitted diseases? What if you are a person who has sexually transmitted a disease and you do not treat it? You can still die. And I would guess that probably from time to time people still do die from lack of treatment of sexually transmitted diseases. It may be the numbers that are frightening people, because there are such high numbers. I do not know what the answer to that is, but it seems to me that under existing legislation there should be a way of dealing with the problem.

Even if you talk about a disability, surely the person will come to a point where they are disabled. Right? Are they disabled? Well, that may be a judgment call. They may well be able to say they have arrived at that point. On the other hand, what if they are seropositive? You would not want them to say they are disabled at that point, because they may never get the disease; in fact, there is only a slight chance they ever will or that they will ever become infectious. So we have some difficulty there.

[Traduction]

sachent rien, les fonctionnaires du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, par exemple, ont accès à toutes sortes de renseignements médicaux sur les assurés et peuvent même envoyer des inspecteurs dans un cabinet de médecin pour éplucher ses dossiers médicaux, etc. En donnant aux gens une meilleure garantie de confidentialité et en redéfinissant l'invalidité, on pourrait peut-être lever les craintes des malades et les inciter à se présenter d'eux-mêmes.

M. Starkman: Au sujet de votre première question, la définition de l'invalidité, je suppose qu'il n'est pas clairement établi à vos yeux s'il s'agit là d'une invalidité ou non, et vous souhaitez donc élargir la définition pour y englober ce genre d'affection.

M. Young: En Europe, par exemple, les malades du rein soumis à la dialyse sont considérés comme handicapés; dans certains pays d'Europe, mais pas tous, même les victimes du cancer sont considérées comme handicapées, et c'est peut-être aussi le cas d'autres pays encore.

M. Starkman: Après tout, c'est une maladie transmissible. Je remonte toujours aux sources, pour demander en quoi cela diffère des maladies transmises sexuellement avant qu'on ne sache les guérir. Lorsque je vois un établissement hospitalier qui prend des mesures spéciales vis-à-vis du SIDA, je pose la question: que faisaient-ils auparavant dans le cas des maladies transmises sexuellement? Faisaient-ils quelque chose de particulier? On constate qu'ils ne font pas grand-chose parce qu'il y a un traitement. Aujourd'hui, ils sont forcés de prendre des mesures parce que le SIDA ne se guérit pas. Que feront-ils lorsqu'on aura trouvé un traitement? Abandonneront-ils toutes les mesures spéciales? On ne le sait pas.

Tout le monde s'énervé, notamment les compagnies d'assurances, parce que le SIDA est une maladie mortelle. C'est pour cela que tout le monde s'inquiète. La question qu'il faut se poser est celle-ci: que faisait-on dans le cas des maladies transmises sexuellement? Si vous êtes atteint d'une maladie vénérienne et que vous ne suivez pas de traitement, vous pouvez en mourir aussi, et j'imagine que cela arrive encore de temps à autre. C'est peut-être le nombre des décès qui fait peur, parce qu'il est si élevé. Je ne sais pas, mais il me semble qu'il doit déjà exister dans la législation actuelle un moyen de résoudre le problème.

En ce qui concerne la définition de l'invalidité, il vient sûrement un moment où les malades du SIDA deviennent invalides, c'est vrai. Mais à partir de quel moment? C'est une affaire de jugement. Qu'en est-il des personnes séropositives? Vous ne pouvez certainement pas dire qu'elles sont invalides, et il y a de bonnes chances d'ailleurs qu'elles ne contractent jamais la maladie ou ne puissent la transmettre. Voilà donc une grande difficulté.

[Text]

The confidentiality, I read the testimony and was intrigued by it because the statement was made, as you say, it is a myth there is confidentiality. I would agree there is not absolute confidentiality. On the other hand, how can a public health system work with absolute confidentiality? That is why in the early venereal disease statute they said that if you allow any of this information to get out to unauthorized persons you could be fired. Very serious punishment for allowing unauthorized access to this information; but restricted access within the system, yes, on a need-to-know basis, in the same way the contact-tracing system works. If you need to know to do the contact tracing, you will be told; but the person who is being traced will not be told. And so the names are used only to allow the effective protective system to work, and that is all.

I think your witness also said that court orders can be made to get that information. Well, it may well be that court orders have been made in the past to get information regarding all kinds of medical information, including venereal disease information. I would guess they probably have been. Do you know of any untoward ruckus that has been made because of that? I do not.

Mr. Young: No. I pointed out that I did not either, but I was curious since . . .

Mr. Starkman: It is true that absolute confidentiality is a myth. But the reason it is a myth is because it is not possible to run a system with absolute confidentiality, but it is possible to run a system effectively with relative confidentiality.

I mentioned the royal commission that looked into confidentiality in Ontario. The chapter in which they looked at this question happened to be a chapter on venereal disease. They came to the conclusion that records were being kept with identifying names and so on past the period when they were useful. Some people seem to have gotten the idea they were saying you should not have identifiable information regarding venereal disease. I do not think they said that. They just said, if you cannot show how it is useful, you should not have it, which seems to be unexceptionable.

They may or may not have taken steps since that time to change the system. But with the advent of AIDS it has become apparent that it is absolutely necessary to have a good system, otherwise you will not have surveillance, and therefore you will not know enough about the progress of the disease. Similarly, if you do not have enough internal administrative information, you will not be able to provide enough counselling. You just have to have information. The system depends on the information, but it totally adheres to the policy of confidentiality; and it says that allowing this information out is an absolute no no.

Now, it could come out through court proceedings, but so could everything. Every bit of information that any person does not want known could come out in court proceedings in some way or other. It is like people have said to me: Can we be sued for this? And I say, you can be sued for anything and at

[Translation]

En ce qui concerne la confidentialité, j'ai lu moi aussi le compte rendu, et cette déclaration disant que la confidentialité est un mythe m'a frappé. Je reconnais que la confidentialité n'est pas absolue, mais comment un régime d'assurance-maladie pourrait-il fonctionner autrement? C'est pourquoi les premières dispositions législatives sur les maladies vénériennes stipulaient que quiconque divulguait des renseignements à des personnes non autorisées pouvait être renvoyé, c'est-à-dire que la divulgation à des personnes non autorisées était très sévèrement sanctionnée; par contre, il faut un accès restreint à ces renseignements au sein du système, une diffusion à ceux qui ont besoin de savoir, notamment pour retrouver les personnes en contact avec le malade. Si vous avez besoin de savoir pour retrouver les personnes en contact, on vous le dira, mais c'est tout. Ces renseignements sont employés uniquement pour permettre le fonctionnement du système de protection.

Je crois que votre témoin a déclaré également que les tribunaux peuvent ordonner la communication des dossiers médicaux. Il se peut fort bien que ce soit le cas et que de telles injonctions aient été données par le passé, concernant notamment des personnes atteintes d'une maladie vénérienne. C'est probablement vrai, mais, à ma connaissance, cela n'a jamais soulevé de grandes controverses.

M. Young: Non. Je le reconnais, mais je voulais savoir . . .

M. Starkman: Il est vrai que la garantie de confidentialité absolue est un mythe. Mais la raison pour laquelle elle est un mythe, c'est parce qu'il n'est pas possible de gérer un régime d'assurance-maladie avec une confidentialité à toute épreuve, mais il est possible néanmoins de préserver une confidentialité relative.

J'ai parlé de la commission royale ontarienne qui s'est penchée sur la confidentialité. Elle l'a justement fait à propos des maladies vénériennes et elle a constaté que les dossiers des malades, avec leur nom, restaient aux archives bien après que ce renseignement soit utile. Il semble que certains en aient tiré la conclusion que la commission se prononçait contre l'établissement de dossiers indiquant les noms des malades. Ce n'est pas cela du tout; elle a dit simplement que ces dossiers ne doivent pas être conservés au-delà de la période d'utilité.

Le système a peut-être été modifié depuis lors, mais il est évident aujourd'hui, avec l'apparition du SIDA, qu'il faut absolument disposer d'un bon système, car, autrement, on ne pourra pas exercer de surveillance et l'on ne pourra pas connaître le progrès de la maladie. De la même façon, si vous n'avez pas suffisamment de données administratives internes, vous ne pourrez fournir les services de counselling nécessaires. Cette information est absolument indispensable; tout le système repose sur elle, mais il adhère néanmoins au principe de la confidentialité, et la divulgation des renseignements à l'extérieur est totalement illicite.

Évidemment, la divulgation pourra intervenir à l'occasion d'une procédure judiciaire, mais c'est pareil pour tout. Le moindre élément d'information qu'une personne souhaite garder confidentiel peut être révélé à l'occasion de poursuites en justice, d'une manière ou d'une autre. Les gens viennent me

[Texte]

any time. The question is: Can they recover against you? The answer is in most cases no, and I think that is the same answer I would give to the confidentiality issue. But in so far as pointing this out to the public, I think that is very important. They have to have a full and complete picture of what it is they are dealing with.

• 1645

That is why, I guess, I have come to the conclusion that education seems, out of all this, to boil out as the most important single factor, and that is what I think the Laboratory Centre for Disease Control and NAC-AIDS are doing. They are co-ordinating, in so far as they can, the flow of information; getting it from the provinces; disseminating it to the other provinces; disseminating information they are getting from other jurisdictions, and so on; developing the guidelines that help the administrative people in the provinces to get practical solutions to the problems, rather than worrying about the Charter of Rights.

What they are really worried about is assuring the education officials, for example, that it is perfectly safe for a child who is seropositive to continue on in the school, trying to provide enough information, and to encourage the provinces to disseminate the information that will make these administrative workings smooth so that no one is deprived of his or her individual rights. I think that is proceeding, but it is not happening all at once. I have heard that educational officials are quite interested; that there are conferences being organized. They have a speakers' bureau, I think in Ontario, which provides speakers to impart information to groups that want the information. The educational people are very interested.

Eventually what is going to boil out of all this is: The statutes are fine, but the question is how to implement what the statutes provide in a fair way so as to get confidentiality, and to make sure people are not discriminated against.

My feeling is that once enough practical information on the disease is available, those accommodations will take place. What I have seen since I came to sit with the NAC-AIDS committee, and have come to the federal-provincial committees, is that accommodation is proceeding very well.

As to epidemic, I would rather not go into that, because I am not qualified to say what an epidemic is. If LCDC and NAC-AIDS consider they are doing a reasonable job to control the problem, then I will go along with them.

The Chairman: Mr. Redway.

Mr. Redway: I just want to get this on the record, Mr. Starkman. What I think you have already said implicitly, I would like you to say it explicitly is that you have no recommendations to make to us as far as new legislation or changes

[Traduction]

voir et me demandent: est-ce qu'on peut me faire un procès pour cela? Je leur réponds toujours qu'on peut leur faire un procès pour tout et pour n'importe quoi. La question est de savoir si ce procès peut aboutir à leur condamnation. La réponse dans la plupart des cas est non, et je pense que la même réponse s'impose dans le cas de la confidentialité. Mais je crois qu'il est très important de le faire savoir au public. L'ensemble de la population doit avoir une idée claire et nette de ce qui se passe.

C'est la raison pour laquelle j'en suis arrivé à la conclusion que le facteur le plus important est de sensibiliser le public à cette maladie, et c'est ce que font le Laboratoire de lutte contre la maladie et le Comité consultatif national sur le SIDA. Ces deux organismes coordonnent, dans la mesure du possible, les courants d'information, obtiennent tous les renseignements pertinents des provinces, font circuler ces renseignements et ceux qu'ils obtiennent d'autres pays dans les provinces, formulent les directives permettant aux administrateurs provinciaux de résoudre les problèmes au lieu de se préoccuper de la charte des droits.

Ce qui les préoccupe, c'est qu'ils doivent absolument faire comprendre aux autorités scolaires, par exemple, qu'un enfant dont le test a été positif peut parfaitement poursuivre sa scolarité; ils essaient d'offrir suffisamment de renseignements et d'encourager les provinces à les faire circuler, afin que personne ne soit privé de ses droits. C'est ce qui se fait, je crois, mais tout ne se fait pas en même temps. J'ai entendu dire que les autorités scolaires avaient exprimé un intérêt certain et qu'elles organisaient des conférences. En Ontario, il existe, je crois, un service de conférences où des conférenciers sont invités à venir parler du SIDA aux groupes qui désirent en savoir davantage. Les autorités scolaires s'y intéressent vivement.

Ce qu'il va ressortir de tout cela, c'est qu'on découvrira que la législation est bonne, mais il faudra se demander comment traduire en actes ce que prévoit la loi pour que tous les renseignements demeurent confidentiels, pour que personne ne fasse l'objet de discrimination.

Pour ma part, je crois que dès que nous aurons suffisamment de renseignements concrets sur cette maladie, le tout se placera de lui-même. C'est d'ailleurs ce que j'ai pu constater depuis que je siège au Comité consultatif national sur le SIDA et que je fréquente les comités fédéraux—provinciaux.

Question épidémie, je préférerais ne pas toucher à cette question, car je ne saurais définir ce qu'est une épidémie. Si le Laboratoire de lutte contre la maladie et le Comité consultatif national sur le SIDA estiment qu'ils réussissent, dans la mesure du possible, à maîtriser les problèmes, je leur fais entièrement confiance.

Le président: Monsieur Redway.

M. Redway: Je voudrais dire ceci, pour que ce soit consigné au compte rendu, monsieur Starkman. Je crois que vous nous l'avez dit à mots couverts, mais j'aimerais que vous nous le disiez explicitement; en fait, vous ne proposez aucune nouvelle

[Text]

to existing legislation of a federal nature, including the Charter of Rights.

Mr. Starkman: What I would say is to watch and wait and see how LCDC and the NAC-AIDS committee proceed on this matter, and how the provinces proceed, and give them all the support you can. If they find that some adjustments are necessary in the future, then I would say, look at them; and if they seem reasonable, give them your support, because they are doing the job now and they have been doing it for quite a while.

We mentioned the question of uniformity, possible uniform provisions, which may be a useful thing, but that is something for the future. Also, that is within provincial jurisdiction.

Basically, my only recommendation is to support them and to watch what they do; to see whether there is any additional support they need as they go along, because they are the ones who are really on top of the situation. I am just there to more or less help and to ease the way in any way I can; and I assume that is the role you see yourselves in as well.

Mr. Redway: At the present time, however, if I can get it explicitly on the record, you are not suggesting to us that there should be any change or new federal legislation with respect to this matter.

Mr. Starkman: I do not see any recommendations for federal legislation, because I have not heard, basically, a request for any specific type of legislation. I cannot think of any that would be necessary at this stage.

Mr. Redway: Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Redway. I think that completes the questions.

• 1650

Thank you, Mr. Starkman, for being with us today and giving us your excellent testimony; and I thank all the members of the committee. If there is no further business, this meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

loi ou aucune modification à la loi fédérale actuelle, y compris la charte des droits.

M. Starkman: Je crois qu'il faut être patient et voir ce que feront le Laboratoire de lutte contre la maladie et le Comité consultatif national sur le SIDA, ce que feront les provinces, et leur donner tout l'appui nécessaire. S'ils estiment que certains rajustements s'imposent à l'avenir, examinez-les, et s'ils vous semblent raisonnables, acceptez-les, car ces deux organismes font ce qu'ils ont à faire, et ce, depuis un certain temps déjà.

Nous avons parlé d'uniformité, d'uniformisation des dispositions législatives, ce qui pourrait se révéler utile à l'avenir. De plus, cette tâche incombe aux provinces.

Grosso modo, tout ce que je puis vous recommander, c'est de leur accorder tout votre appui et de suivre de près ce qu'ils font; de voir aussi s'ils ont besoin de moyens supplémentaires à l'avenir, car ce sont eux qui sont les plus compétents. Je ne suis là que pour les aider et leur faciliter la tâche, dans la mesure du possible; et je suppose que c'est également ainsi que vous percevez votre rôle.

M. Redway: Pour l'heure, cependant, je voudrais que vous me disiez explicitement si vous proposeriez de modifier la loi ou d'en adopter une nouvelle.

M. Starkman: Non, je n'en propose pas, car je n'ai entendu personne demander qu'une loi quelconque soit adoptée. Je ne vois pas quel genre de loi serait nécessaire à ce stade-ci.

M. Redway: Merci.

Le président: Merci, monsieur Redway. Je crois que personne d'autre ne désire intervenir.

Permettez-moi de vous remercier, monsieur Starkman, d'avoir bien voulu répondre à notre invitation et de nous avoir donné un témoignage aussi éloquent; je remercie également tous les membres du Comité. Si vous n'avez pas d'autres questions à soulever, la séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From the National Advisory Committee on AIDS:
Bernard Starkman, Legal Consultant.

Du National Advisory Committee on AIDS:
Bernard Starkman, conseiller juridique.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 33

Thursday, March 6, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 33

Le jeudi 6 mars 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on***Health,
Welfare and
Social Affairs***Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la***Santé,
du bien-être social et
des affaires sociales**

RESPECTING:

Annual Report of the Department of National Health
and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984;
andReport of the Medical Research Council of Canada for
the fiscal year ended March 31, 1985;(in relation to Acquired Immunodeficiency Syndrome
(AIDS))

CONCERNANT:

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social pour l'exercice financier terminé le 31
mars 1984; etRapport du Conseil de recherches médicales du Canada
pour l'exercice financier terminé le 31 mars 1985;(au sujet du Syndrome d'immunodéficience acquise
(SIDA))

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

First Session of the
Thirty-third Parliament, 1984-85-86Première session de la
trente-troisième législature, 1984-1985-1986

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Charles Hamelin

MEMBERS/MEMBRES

Gabrielle Bertrand
Anne Blouin
Pauline Browes
Leo Duguay
Douglas Frith
John Gormley
Jean-Claude Malépart
W. Paul McCrossan
Margaret Anne Mitchell
Gus Mitges
Barry Turner
Brian White
Neil Young

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Charles Hamelin

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Bob Brisco
Sheila Copps
Vincent Dantzer
Édouard Desrosiers
Ernest Epp
Tom Hockin
W.R. Bud Jardine
Jean-Luc Joncas
Bill Lesick
Moe Mantha
Charles-Eugène Marin
David Orlikow
Lucie Pépin
Alan Redway
Joe Reid

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MARCH 6, 1986
(39)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:44 o'clock p.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

Members of the Committee present: Bruce Halliday, Gus Mitges and Brian White.

Alternate present: Alan Redway.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Robert Milko, Research Officer.

Witnesses: Individuals: David Clemens; Betty-Ann Gladman. *From Comité SIDA—Aide Montréal:* Ellen Margoless, Co-ordinator, Community Support Services.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated April 22, 1985, in relation to the Report of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Tuesday, October 8, 1985, Issue No. 21*); and of its Order of Reference dated September 10, 1985 in relation to the Report of the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ended March 31, 1985 (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Thursday, October 31, 1985, Issue No. 22*).

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:03 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 6 MARS 1986
(39)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, aujourd'hui à 15 h 44, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

Membres du Comité présents: Bruce Halliday, Gus Mitges, Brian White.

Substitut présent: Alan Redway.

Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du parlement: Robert Milko, attaché de recherche.

Témoins: A titre personnel: David Clemens; Betty-Ann Gladman. *Du Comité SIDA—Aide Montréal:* Ellen Margoless, coordinatrice, Services communautaires.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du 22 avril 1985 relatif au rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice clos le 31 mars 1984 (*voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 octobre 1985, fascicule n° 21*); ainsi que l'étude de son ordre de renvoi du 10 septembre 1985 concernant le rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice clos le 31 mars 1985 (*voir Procès-verbaux et témoignages du jeudi 31 octobre 1985, fascicule n° 22*).

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 03, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Ellen Savage

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, March 6, 1986

• 1544

The Chairman: The Chair sees four members. I will now call the meeting to order.

We are resuming consideration of the committee's orders of reference pertaining to the annual reports of the Department of National Health and Welfare for the fiscal year ended March 31, 1984, and the Medical Research Council of Canada for the fiscal year ending March 31, 1985.

• 1550

Members of the committee, we have two witnesses today. In fact, it is likely they are the last two witnesses we will have on this subject of AIDS. Both of them have a connection directly or indirectly as patients or with patients who have suffered from this problem and we are very pleased that they have seen fit to volunteer, almost, to be with us. They are glad to be here, as I understand it. We are very pleased to have you both here and we look forward to your testimony and look forward to perhaps having a chance to ask you some questions.

The first will be David Clemens, who comes from Montreal. After him we will then hear from Betty-Ann Gladman of Ottawa.

David, we are very informal here in this committee and we do appreciate having some introductory remarks from both of you. After that, we will just have some informal questions and answers back and forth. If anyone asks any questions you do not want to answer, you do not have to answer them.

Mr. David Clemens (Individual Presentation): I just have a few comments. I would like to sort of give a brief outline of what happened to get me involved with AIDS and what is happening with AIDS, and then a few of the problems I have encountered and some of the recommendations I have for where the federal government can play a leading role.

In July of 1985 I came down with a dry cough, which I assumed to be a summer cough, and I let it continue for about a month. Toward the end of July I developed a very severe inability to breathe. I went to see my doctor who referred me to a lung specialist and who immediately put me into the Montreal Chest Hospital with pneumocystis pneumonia. They did the testing of that, a lung biopsy and blood tests, to confirm that I had come down with a full-blown case of AIDS.

I was released from the Montreal Chest Hospital six weeks after I was hospitalized. For the full six weeks I was in full isolation. That meant everyone who came to see me had to gown up, wear a mask, gown, the full routine. My food was brought to me on styrofoam plates and styrofoam trays, left outside my door until such time as a nurse or someone coming into my room could bring it in to me. Needless to say, the food arrived cold and very unappetizingly, maybe an hour or two

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 6 mars 1986

Le président: Je vois quatre députés présents. Je déclare la séance ouverte.

Le Comité poursuit ses travaux sur le rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice terminé le 31 mars 1984, et le rapport du Conseil de recherches médicales du Canada pour l'exercice terminé le 31 mars 1985.

Messieurs les députés, nous entendrons aujourd'hui deux témoins. Ce sont sans doute les deux derniers que nous entendrons dans le cadre de nos audiences sur le SIDA. Tous les deux ont une expérience directe ou indirecte de la maladie en tant que malades, ou ayant vécu avec un malade. Nous sommes heureux qu'ils soient venus comme ils sont heureux, je crois, d'être ici. Nous vous souhaitons la bienvenue et nous espérons pouvoir vous poser quelques questions après votre exposé que nous écouterons attentivement.

Nous entendrons d'abord M. David Clemens, de Montréal. Il sera suivi de Betty-Ann Gladman, d'Ottawa.

David, nos audiences sont sans formalités et nous vous serions gré à tous deux de faire quelques remarques liminaires. Ensuite, nous vous poserons simplement quelques questions, auxquelles vous êtes libres de ne pas répondre si vous le préférez.

M. David Clemens (à titre personnel): Je voudrais faire quelques commentaires. Je voudrais tout d'abord vous dire brièvement comment j'en suis venu à m'intéresser au SIDA, ce qui se passe dans ce domaine, et puis vous expliquer quelques-unes des difficultés que j'ai rencontrées et faire quelques recommandations quant au rôle que peut jouer le gouvernement fédéral.

En juillet 1985, j'ai eu une toux sèche, que j'ai prise pour une toux d'été, et que j'ai négligée pendant environ un mois. Vers la fin de juillet, je souffrais de troubles respiratoires très graves. Je suis allé voir mon médecin qui m'a envoyé chez un spécialiste des poumons, lequel m'a immédiatement envoyé à l'hôpital thoracique de Montréal, avec une pneumonie pneumocystique. On m'a fait subir des tests, une biopsie du poumon et des analyses de sang, pour confirmer que j'étais atteint du SIDA.

Je suis resté à l'Hôpital thoracique de Montréal six semaines. J'ai été en isolation totale pendant toute la durée de mon séjour. Cela veut dire que mes visiteurs devaient se changer, porter un masque, une blouse, et tout. Mes repas étaient servis sur des assiettes et des plateaux en polystyrène expansé, qu'on laissait devant ma porte jusqu'à ce qu'une infirmière ou quelqu'un me les apporte. Inutile de vous dire que mes repas m'arrivaient froids et non très appétissants, une ou deux heures

[Texte]

later. This is a situation that runs for all AIDS patients I have ever visited, and it is not necessary.

After my release I attempted to return to work, but due to extreme fatigue and an inability to concentrate I stopped working and have not worked since.

I was hospitalized again in December for neurological testing to see if the virus had started to or had done any brain damage. As far as I know, the tests proved inconclusive and negative.

Some of the problems I have encountered and I feel are important in the instance of this problem, are first dealt with from the fact that my case was the hospital's first case and put the hospital into a tailspin in so far as they had to educate their entire staff. There are some hospitals, such as the Montreal General and the Royal Victoria, which have AIDS patients time after time. But I think there will continue to be hospitals which are going to have their first patient, and what kind of program are they going to institute to educate their nurses, technicians, cooking staff and cleaning staff? The hospital I was at, the Montreal Chest Hospital, was very thorough in the training of their staff. They tried to allay the fears of the kitchen staff that cooking my food and putting it on a styro-foam plate was not going to give them AIDS, and I am quite serious that those fears were there.

They did a video on how to handle an AIDS patient in resuscitation or any other thing that happened, and the staff during the course of my stay became very supportive of me and very supportive of the fact that I was ill and trying very hard to get well again.

• 1555

So the first problem is that a hospital has to deal with its first case and all of the repercussions of that throughout the full hospital.

Secondly, when I was diagnosed, I was given no information by the doctors. I was told, you have AIDS; and the doctor turned around and walked away, not because she did not want to give me information, but because she had no information at that moment to give it to me. She could not inform me because she had to inform herself first. So that is a problem, in that a lot of doctors still I do not think have the answers to an AIDS patient's crisis questions.

The third problem was the psychological problems. How do you deal, at 33 years of age, with the fact that you have two, maybe three, years to live? How do you deal with your family? How do you deal with your nieces and nephews? How do you explain to them, first of all, that you are gay; secondly that you are dying of this disease which they have all heard about in their schoolrooms, they have all heard about on TV? It puts an incredible strain on the family, when you need them most as a patient, and a sick patient. There are thoughts of suicide, the thoughts of guilt that you have, first of all, about your lifestyle, and secondly, about the illness, which has a social stigma attached to it—and we cannot deny that. The population in

[Traduction]

plus tard. C'est la même chose pour tous les malades atteints du SIDA auxquels j'ai rendu visite, et ce n'est pas nécessaire.

A ma sortie de l'hôpital, j'ai essayé de reprendre mon travail, mais j'ai dû y renoncer en raison d'une très grande fatigue et de l'incapacité de me concentrer.

J'ai été hospitalisé à nouveau en décembre pour subir des tests neurologiques, pour voir si le cerveau était atteint. Pour autant que je sache, le résultat était négatif.

Certaines des difficultés que j'ai éprouvées et qu'il me paraît important d'évoquer ici, proviennent de ce que j'étais le premier cas de SIDA dans cet hôpital et que l'administration a dû de toute urgence éduquer tout le personnel. Certains hôpitaux, comme l'Hôpital général de Montréal ou le Royal Victoria, ont fréquemment des malades atteints du SIDA. Mais il continuera, je pense, d'y avoir des hôpitaux qui reçoivent leur premier malade et il faut se demander comment ils vont instruire leur personnel soignant, leurs techniciens, leurs employés de cuisine et d'entretien. L'Hôpital thoracique de Montréal, où j'étais, a très bien formé son personnel. L'administration a essayé de rassurer les employés de cuisine en leur disant qu'ils ne risquaient rien en préparant mes repas et en les mettant sur des plats en polystyrène; et je n'exagère rien, croyez-moi.

L'hôpital a préparé une cassette vidéo pour montrer comment ressusciter un malade atteint du SIDA et comment réagir devant d'autres situations. Pendant mon séjour, le personnel s'est peu à peu montré très compréhensif à mon égard sachant que j'étais malade et que je faisais de mon mieux pour guérir.

Le premier problème est donc que les hôpitaux doivent apprendre à traiter leur premier cas, avec tout ce que cela entraîne pour l'ensemble du personnel.

Deuxièmement, au moment du diagnostic, les médecins ne m'ont donné aucune information. On m'a dit: vous avez le SIDA. Et le médecin a tourné les talons, non pas parce qu'elle ne voulait pas me renseigner, mais parce qu'elle ne pouvait rien me dire. Elle ne pouvait pas me renseigner, car elle devait d'abord s'informer. Il y a donc un problème du fait qu'un grand nombre de médecins sont encore incapables de répondre aux questions que leur pose un malade atteint du SIDA, au moment où on lui apprend le diagnostic.

Et puis, il y a eu les difficultés d'ordre psychologique. Comment accepter, à 33 ans, de n'avoir plus que deux, peut-être trois ans à vivre? Comment l'annoncer à la famille? Comment se comporter envers les neveux et nièces? Comment leur expliquer, tout d'abord, que vous êtes homosexuel; deuxièmement, que vous allez mourir de cette maladie dont ils ont tous entendu parler à l'école, à la télévision? C'est extrêmement pénible pour la famille, au moment où, étant malade, vous avez le plus besoin de vos parents. On pense au suicide, on se sent coupable, d'abord en raison de son mode de vie, et deuxièmement de cette maladie que la société réprouve—et cela est indéniable. Le public en général ne

[Text]

general does not appreciate in an understanding sense what the disease is all about. They are still affected by what they read in the magazines and the sensationalism of the media.

One of the other problems I have not personally run across but I feel need to be made is the delay in getting new drugs approved for use by doctors in the treatment of the disease. In my instance it took two days for the hospital to receive authorization for them to use a drug of second resort, the Pentamidine. Whether that is still the case I am not sure. I have not kept up on that. It is probably an area I should keep up on. But the testing of new drugs, like Suramin and Foscarnet . . . people are voluntarily willing to test these drugs out to give doctors and physicians and researchers a baseline. I think the government should act speedily to facilitate the testing of these drugs. Testing a drug on myself may not help me, but if it helps someone else down the line, it is worth while.

My recommendations for areas in which the federal government, you gentlemen, can help this problem are basically three. Some of them overlap with community and provincial government areas, and I recognize this and I apologize for the fact that I am not very knowledgeable on where the provincial jurisdictions begin and where the federal jurisdictions begin.

First of all, and foremost, funding for research I think has to be looked at on a national level, in conjunction again with the provincial governments, and is a very, very important area of federal concern. I think that funding goes so far as even the collection of funds on a national level. The family in Frobisher Bay that wants to contribute funds to AIDS research has no place at the present time to donate that money. They donate it to AIDS Vancouver; but they do not live in Vancouver. They can donate it to AIDS Committee Toronto; but they do not live in Toronto either. I think we need a national funding body.

Secondly, the government has a role to play in education, getting out pamphlets like this. This was published by the authority of the Minister of National Health and Welfare, and I think Dr. Gilmore spoke about it in previous testimony. I think more pamphlets like this are needed to be printed—the whole spectrum of how to cope with the disease, how to provide care to members of your family or friends who have the disease.

Thirdly, the community-based support groups: I think the federal government maybe does not have as big a role to play in this area as in the funding for research and education through their offices. The community groups are the people whom I deal with on a daily basis. They give me the information, moral support, physical support. They cook my meals or things like that, if I am ill. I am not that ill, but they provide those services. I have supplied to you, I think, copies of what is

[Translation]

comprend pas vraiment ce qu'est cette maladie. Les gens demeurent sous l'impression de ce qu'on lit dans les magazines, du sensationnalisme des médias.

Un autre problème que je n'ai pas personnellement vécu mais qui doit être signalé, est le long délai pour obtenir l'autorisation d'utiliser des médicaments nouveaux dans le traitement de la maladie. Dans mon cas, l'hôpital a dû attendre deux jours l'autorisation d'administrer la Pentamidine, médicament de deuxième recours. Je ne sais pas si c'est encore ainsi. Je ne me suis pas tenu au courant. Il faudrait probablement suivre cette question de plus près. Mais l'essai d'un nouveau médicament comme la suramine et la phoscamine . . . les gens se portent volontaires pour essayer ces médicaments, afin de donner aux médecins et aux chercheurs un point de référence. J'estime que le gouvernement devrait agir rapidement pour faciliter ces essais. Pour moi, essayer un nouveau médicament ne m'aidera peut-être pas, mais si cela peut être utile à quelqu'un d'autre, plus tard, cela en vaut la peine.

Il y a essentiellement trois domaines dans lesquels l'action du gouvernement fédéral, votre action, peut s'avérer utile. Il peut y avoir un certain chevauchement avec les domaines de compétence des provinces et des organismes communautaires. J'en suis conscient, et je vous prie d'excuser mon ignorance en ce qui concerne les zones de compétence provinciales et fédérales.

En tout premier lieu, j'estime que le financement de la recherche doit se faire au niveau national, là encore en collaboration avec les provinces, et c'est un domaine où le fédéral a un rôle très, très important à jouer. Je pense que le financement doit comprendre même la collecte des fonds au niveau national. Une famille de Frobisher Bay qui voudrait contribuer aux fonds de la recherche sur le SIDA ne sait actuellement à qui donner son argent. Elle peut l'envoyer à Vancouver, mais ce n'est pas à Vancouver qu'elle habite. Elle peut l'envoyer au Comité sur le SIDA de Toronto, mais elle n'habite pas à Toronto non plus. Il faut, à mon avis, mettre sur pied un organisme national chargé du financement.

Deuxièmement, le gouvernement doit jouer un rôle au niveau de l'éducation, en publiant des brochures comme celle-ci. Elle a été publiée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et je crois que le Dr Gilmore vous en a déjà parlé. Il faut publier d'autres brochures comme celle-ci, couvrant toutes les questions, depuis la façon de réagir devant la maladie, jusqu'à celle de soigner les parents ou amis qui en sont atteints.

Troisièmement, la question des groupes communautaires de soutien: le gouvernement fédéral n'a peut-être pas un aussi grand rôle à jouer ici que dans le domaine du financement de la recherche et de l'éducation. C'est avec les membres de ces groupes que je suis en rapport quotidien. Ils me donnent des renseignements, m'apportent un soutien moral et physique. Ils préparent mes repas, par exemple, si je suis malade. Je n'en ai pas besoin actuellement, mais ils offrent ce genre de services.

[Texte]

available to an AIDS patient in Montreal by a totally voluntary group of 150 volunteers.

The federal government, I think, could play a very important role if these groups were provided with funds in order to increase and carry out these good works.

Finally, I would just like to say that Canada is two years behind the United States in this illness. I really strongly believe we have an opportunity through this committee and its recommendations to use that two-year window of opportunity to make a very strong statement about how funding is going to be raised on a national level and, more important, how it is going to be spent. Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much indeed, Mr. Clemens. You have given us a fair bit to think about and maybe the committee members have some questions they would like to put to you.

The floor is open to questions. Mr. White.

Mr. White: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Clemens, I welcome you for having the courage to come here to speak to us. It is very educational for us. There is a question I would like to put to you about the education process, and perhaps you can tell me in which direction you feel the education should be targeted.

When we talk about AIDS education, you can talk about education with the high-risk group and you can talk about education for the public in general. My own feeling is—you can tell me if I am wrong—that the high-risk groups are being well educated by their own self-help groups. The problem lies, as I see it, in educating the general public on AIDS, getting rid of some of the myths and that type of thing, so that the population out there realizes what AIDS is. We want to get rid of some of these myths—I guess that would be the word—of how AIDS is spread. There is almost a paranoia out there, from what I can see.

Do you think education at this point should be directed at the general population?

Mr. Clemens: I think education should be directed at both groups but primarily the general population, because the high-risk groups are part of that general population and they are going to pick it up.

I do not believe the high-risk groups, i.e., gays, are overly informed. In a lot of cases, they are petrified of the disease. They do not want to hear about it, think about it or do anything about it. They want to ignore it. That barrier has to be broken down and, I think, it can only be broken down by community support groups on a one-to-one basis.

I think the federal government should have a role in educating the general public on the causes of the disease and other aspects of it. There is no lack of information in the public domain about this. You can buy a book called *The AIDS Epidemic*. From my standpoint it is quite a good book, easily read, and it is current. It was published in November 1985.

[Traduction]

Je vous ai remis, je crois, une liste des services qu'offre aux malades du SIDA à Montréal un groupe de 150 bénévoles.

Je pense que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle très important en finançant ces groupes pour leur permettre d'étendre leur champ d'action.

Enfin, je voudrais vous signaler que la maladie au Canada a deux ans de retard par rapport aux États-Unis. Je suis d'avis que nous devons profiter, par l'entremise du Comité et de ses recommandations, de ce retard pour arrêter une stratégie de financement au niveau national et, surtout, pour décider à quoi l'argent sera consacré. Merci beaucoup.

Le président: Merci à vous, monsieur Clemens. Vous nous avez donné matière à réfléchir, et les membres du Comité ont peut-être des questions à vous poser.

Vous pouvez poser des questions. Monsieur White.

M. White: Merci, monsieur le président.

Monsieur Clemens, je vous souhaite la bienvenue et vous remercie de votre courage. Ce que vous nous avez dit est très instructif. Je voudrais vous poser une question à propos de l'éducation. Je voudrais que vous me disiez à qui doit s'adresser, selon vous, une campagne d'éducation.

Lorsque nous parlons d'éducation à propos du SIDA, il y a d'une part l'éducation des groupes à haut risque, et d'autre part, celle du public dans son ensemble. J'ai l'impression, quant à moi—corrigez-moi si je me trompe—que les groupes à haut risque sont bien informés par leurs propres groupes de soutien. D'après moi, c'est le grand public qu'il faut informer sur le SIDA, pour balayer les mythes, et faire comprendre à la population ce qu'est le SIDA. Il faut détruire certains mythes—je crois qu'on peut les appeler ainsi—concernant les modes de transmission du SIDA. D'après ce que j'ai pu constater, le public en a une peur malade.

Pensez-vous qu'une campagne d'éducation doive s'adresser d'abord à la population en général?

M. Clemens: J'estime qu'elle doit s'adresser aux deux groupes, mais au grand public d'abord, car les groupes à haut risque font aussi partie de la population et ils recevront le message.

Je ne pense pas que les groupes à haut risque, les homosexuels par exemple, soient très bien informés. Ils sont souvent terrifiés à l'idée de la maladie, et ne veulent pas en entendre parler, encore moins agir. Ils veulent en nier l'existence. Il faut briser cette résistance et cela n'est possible, à mon avis, que par l'entremise des groupes de soutien communautaire qui fassent une information au niveau individuel.

J'estime que le gouvernement fédéral doit participer à l'information du public sur les causes de la maladie, et d'autres questions connexes. Ce ne sont pas les informations qui manquent dans le domaine public. On peut acheter un livre intitulé *The AIDS Epidemic*. J'estime que c'est un bon livre, facile à lire et tout à fait actuel vu qu'il a été publié en novembre 1985.

[Text]

• 1605

For patients who are ill, there is a book from Los Angeles called *Living With AIDS* that is given free to AIDS patients or AIDS victims and is provided to any AIDS community support organizations. It is an American publication, and that is where I find fault with it. It has American information on insurance policies and things like that. It needs to be rewritten in a Canadian context and translated into French. I think that is an area in which the federal government can play a role.

Living With AIDS covers how you deal with the day-to-day sickness of a patient. Then you have books such as *SIDA*, published by the Pasteur Institute and SIDA Québec. It tells you about the disease, with diagrams and photographs, and how you can catch it and how you cannot catch it. I think the government needs to support activities in publishing a pamphlet that is all-encompassing on what the real facts of the disease are. I hope that answers your question.

Mr. White: I have a short supplementary, Mr. Clemens. You mentioned that we have this two-year window, as opposed to the American experience, where we have an opportunity to get ahead of the game faster than the Americans did. Maybe it is not a fair question, but if it were up to you, as of today what could the federal government do that would be most effective at this point to get a head start on the American experience?

Mr. Clemens: Two things. One is to pump 75% of your budget into research and the 25% into educational pamphlets of this variety—this is the *AIDS in Canada* pamphlet put out by National Health and Welfare—and maybe a series, that would be available through pharmacies and dentists' and doctors' offices. Maybe 5% of the funds could go to community support groups. But I think the major thing is to get the research going or to get a liaison with research that is being done in Paris or various places in the United States so that we are not duplicating the same tests, as I think someone mentioned, reinventing the wheel, but so that you are getting your funding allocated justly and so that each dollar is spent in the most cost-effective manner.

Mr. White: Thank you very much.

The Chairman: Mr. Redway.

Mr. Redway: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Clemens, you mentioned the fact that there is a great need for a national organization. I take it you meant by that something like the Canadian Cancer Society is to cancer and the Canadian Heart Foundation is to the heart and that sort of thing. Is that the sort of thing you are referring to?

Mr. Clemens: Yes. If you have a community like Toronto, Vancouver or Montreal, you have an organization to fund. But my parents in Peterborough, Ontario, and the families in Saskatchewan run into a problem. They want to do something. Where do they send it? Do they send it to Ottawa to the Minister of National Health and Welfare, or where do they do it?

I do not think the government should take it on as a job they are going to do, but I think they could get out there and say what we need to get done, and the good offices of the public

[Translation]

Les personnes atteintes du SIDA ainsi que les organisations de soutien peuvent obtenir gratuitement un livre publié à Los Angeles et intitulé *Living With AIDS*. Mais comme il s'agit d'un livre américain, tous les renseignements qu'il contient sont valables uniquement pour les États-Unis. Il devrait donc être adapté au contexte canadien et traduit en français. Le gouvernement fédéral pourrait assumer cette tâche.

Le livre *Living With AIDS* traite de tous les aspects de la vie journalière des malades. L'Institut Pasteur, en coopération avec SIDA Québec, a publié une brochure intitulée *SIDA* qui contient des explications, des diagrammes, des photos ainsi que la façon dont la maladie est transmise. Le gouvernement devrait, à mon avis, contribuer à la publication d'une brochure qui contiendrait toutes les données concernant le SIDA. J'espère que cela répond à votre question.

M. White: Je voudrais vous poser encore une brève question, monsieur Clemens. Vous disiez que nous pourrions profiter de ce décalage de deux ans par rapport aux Américains pour prendre les devants. Que feriez-vous à la place du gouvernement fédéral pour essayer de profiter de l'expérience américaine?

M. Clemens: Je ferais deux choses: d'une part, 75 p. 100 du budget devrait être affecté à la recherche et 25 p. 100, aux brochures explicatives, tel *Le SIDA au Canada* publié par le ministère de la Santé et du Bien-être social, ou d'autres publications qui devraient être distribuées dans les pharmacies, chez les dentistes et les médecins. 5 p. 100 des fonds pourraient être alloués aux groupes de soutien. Mais l'essentiel, c'est la recherche qui doit d'ailleurs être faite en liaison avec ce qui se fait à Paris et aux États-Unis afin d'éviter les doubles emplois, et il ne faut pas chercher, comme quelqu'un l'a dit, à réinventer la poudre; il faut donc veiller à ce que les crédits de recherche soient rentabilisés au maximum.

M. White: Merci.

Le président: Monsieur Redway.

M. Redway: Merci monsieur le président.

Vous disiez que nous avons besoin d'une organisation nationale au Canada. Vous voulez dire quelque chose comme la Société canadienne du cancer et la Fondation canadienne des maladies du coeur, je suppose?

M. Clemens: C'est exact. Dans des villes comme Toronto, Vancouver ou Montréal, il existe des organisations auxquelles on peut adresser des fonds. Mais des personnes qui, comme mes parents, vivent à Peterborough en Ontario ou dans quelque petite agglomération de la Saskatchewan, ils ne savent pas s'ils doivent adresser leur argent au ministère de la Santé à Ottawa ou ailleurs.

Ce n'est pas au gouvernement de tout faire, mais il pourrait centraliser les choses et expliquer ce qui doit être fait; on

[Texte]

domain, the business offices, those people who work on the Canadian Cancer Society and the Canadian National Institute for the Blind can grab hold of this and develop an institution, one body from which all other bodies can feed. Maybe that can take out some of the confusion.

Mr. Redway: I can see possibly a role for the government as some sort of catalyst. But normally, I would assume these organizations have been established by the friends, relatives and those who are involved with a particular problem, getting together and actually being the spearhead themselves. Is there any such effort being made, to your knowledge, at the present time in Canada in that respect?

• 1610

Mr. Clemens: There is an effort. They had a national conference in Montreal last spring, and a national organization was formed. But because it is not funded, and these people are dealing on a voluntary basis, getting a group of people together from across this great country is a costly endeavour, and so it has never met, to my knowledge. It has had very little impact. It is called, I think, the National AIDS Group, or something like that.

Mr. Redway: I am not sure, Mr. Chairman, whether we have had any information with respect to that organization. Several of the other witnesses have indicated they thought it was a good idea to have such a group, but this is the first time I have heard there had been an effort made to establish a group of that sort. It seems to me that might be a logical spot for us to start with some contacts perhaps, or for the department, or for the advisory committee. Could you supply us with details of who and where . . .

Mr. Clemens: Yes. A member of the SIDA-AIDS Montreal Committee is in that group, as is a member from AIDS Vancouver and ACT in Toronto.

Mr. Redway: Do you know whether they have obtained a charitable number as yet so that people can make donations?

Mr. Clemens: As far as I know, they have just set up the group. I do not think it has gone on a national basis from that point. It was done very hastily, as far as I can remember, on the last day of the conference.

Mr. Redway: When was that, by the way?

Mr. Clemens: It was in May of 1985. I could not give you the dates off the top of my head.

I would like to go back to your other point of a group being set up by the family and friends. I do not think you are going to get much of that type of ground swelling from the masses, because it is a disease of isolation. People do not want people to know who has it. No one wants to admit that their children have it. No one wants to come out in public because of the stereotyping. It is very difficult to look at your son on TV or in a newspaper, when you are just beginning to get comfortable with the fact that he is gay and dying. You are not going to get a lot of people coming forward to that unless the government

[Traduction]

pourrait également demander conseil aux responsables de la Société canadienne du cancer ou de la Ligue Braille.

M. Redway: Le gouvernement pourrait jouer le rôle de catalyseur. Mais généralement ce genre d'organisations sont créées par les amis et parents des personnes atteintes et prennent l'initiative elles-mêmes. Est-ce qu'un mouvement de ce genre existe au Canada actuellement, à votre connaissance?

M. Clemens: Une conférence nationale a eu lieu à Montréal au printemps dernier, à l'issue de laquelle une organisation nationale a été mise sur pied. Mais comme il s'agit uniquement de bénévoles qui ne bénéficient d'aucuns crédits, ils n'ont pas pu se réunir, car il est très coûteux de réunir des personnes venant de tous les coins du territoire national. Je crois que l'organisation s'appelle *National AIDS Group* mais jusqu'à présent, elle a eu peu d'influence.

M. Redway: Je ne sais pas si nous avons eu des renseignements concernant cette organisation. D'autres témoins avaient dit que ce serait effectivement une bonne idée, mais c'est la première fois que j'apprends qu'un groupe de ce genre a été effectivement créé. Le ministère de la Santé ou le comité consultatif pourrait peut-être essayer de contacter cette organisation. Pourriez-vous nous donner plus de détails à ce sujet?

M. Clemens: Certainement. Le Comité du SIDA de Montréal, de Vancouver et de Toronto, y sont tous trois représentés.

M. Redway: Est-ce qu'ils ont le statut d'organisation de bienfaisance, de façon que les gens puissent leur envoyer des dons?

M. Clemens: Le groupe vient tout juste d'être constitué et je ne pense pas qu'il ait des représentants dans tout le pays. Tout a été fait à la va-vite, le dernier jour de la conférence.

M. Redway: Quand a-t-elle eu lieu, cette conférence?

M. Clemens: En mai 1985. Je ne me souviens pas de la date exacte.

Par ailleurs, je ne pense pas que les parents et amis des malades se décident à créer une organisation car en règle générale, les gens ne veulent pas que l'on sache qu'un des leurs est atteint du SIDA. On n'a guère envie de voir son fils à la télé ou dans un journal, lorsque l'on vient tout juste de se faire à l'idée qu'il est homosexuel et condamné à mourir du SIDA. Il faudrait que le gouvernement prenne l'initiative d'encourager les gens à créer une association de ce genre. En effet, si cette association était patronnée par le gouvernement, les gens hésiteraient peut-être moins à y adhérer.

[Text]

sort of pulls it together and says, let us go with this. It removes the stigma that has been attached to AIDS.

Mr. Redway: You are suggesting that the government act in some way as a catalyst.

Mr. Clemens: As a catalyst. Exactly.

Mr. Redway: But obviously the interest in doing something in relation to a group like that would have to come from people who had some experience with it. It is unlikely the average volunteer who canvasses, say, for the cancer society is going to rush into... a group on AIDS, unless they have had some experience with it.

Mr. Clemens: I would like to say that the people in Canada who are community-minded are community-minded, whether it is cancer, or tuberculosis, or AIDS. I think the people who have raised funds for the cancer society, or raised funds for the National Institute for the Blind, are the same group of people who will take a hold of this national organization and make it work. The community organization may be the beginnings, but I think it needs that professional experience those people have to offer.

Mr. Redway: Thank you.

The Chairman: Dr. Mitges.

Mr. Mitges: Thank you very much.

Do you not believe that the media has a greater responsibility than it has shown in the past to let the Canadian people know the true facts about AIDS? From what I have read, all they have done is encourage hysteria. For instance, some time ago, one big headline read "AIDS is spread through saliva", which was absolutely not true. But people do not read beyond that, so their fear and hysteria grows by reading things like this. In my opinion, I think they have a greater responsibility to really inform the people in a very truthful way about AIDS. Certainly hysteria has been witnessed before with leprosy; hysteria has been witnessed before with rabies. People stereotype the disease from what they read in the newspapers, and it is not all that positive.

Mr. Clemens: Yes. The media, their job, I guess, is to report the news, and so they pick the sensational parts because it sells newspapers. They have a role to play, but they may play it differently from what we would like.

• 1615

The Montreal newspapers have been very mixed on how they report things. Sometimes they will report a sensational aspect, sometimes they will report a factual side. I would like to see more fact and less sensationalism from the media, but I doubt we are going to get it.

The Chairman: If the committee would indulge the Chair for a minute, I have a couple of questions I would like to put to David.

You initially raised the question of funding as being one of the three main problems. I am wondering how you twigged to that. Did you experience something as a patient in Montreal

[Translation]

M. Redway: Le gouvernement devrait donc assumer le rôle de catalyseur.

M. Clemens: Exactement.

M. Redway: Normalement ce sont les gens affectés à un titre quelconque par le SIDA qui seraient les premiers susceptibles de faire du travail bénévole au sein d'une organisation de ce genre. Ceux qui récoltent de l'argent pour la Société du cancer ne vont pas automatiquement en faire autant pour le SIDA.

M. Clemens: Les personnes qui font du bénévolat en font quelle que soit la cause, qu'il s'agisse du cancer, de la tuberculose ou du SIDA. Je pense que les personnes qui recueillent des fonds pour la Société du cancer ou pour la Ligue Braille sont les mêmes qui s'occuperont de l'Organisation de lutte contre le SIDA. On devra sans doute partir des organisations communautaires, mais éventuellement je pense qu'il faudra faire appel à ceux qui ont déjà de l'expérience dans ce domaine.

M. Redway: Merci.

Le président: Monsieur Mitges.

M. Mitges: Merci.

À votre avis, les médias ne devraient-ils pas faire davantage pour mieux expliquer le SIDA à la population? Malheureusement trop souvent ils encouragent l'hystérie. Ainsi j'ai vu tout récemment un titre disant *Le SIDA peut s'attraper par la salive*, ce qui est faux. Comme la plupart des gens se contentent de lire les titres, cela ne fait qu'alimenter la peur et l'hystérie. Les médias devraient faire un effort et présenter tous les faits concernant le SIDA. Par le passé, une maladie comme la lèpre ou la rage avait également suscité une hystérie de masse. Les gens ont trop souvent tendance à réfléchir en termes d'idées reçues glanées dans les journaux.

M. Clemens: Les journaux ont effectivement trop souvent tendance à insister sur tout ce qui est sensationnel afin d'améliorer leurs ventes. Le rôle que joue la presse n'est pas toujours celui qu'on aimerait lui voir.

Les articles sur le SIDA parus dans la presse de Montréal vont du bon au mauvais. Certains en effet insistent sur l'aspect sensationnel du problème, d'autres au contraire se bornent à présenter les faits. Il serait bien entendu souhaitable que les médias s'en tiennent strictement aux faits, mais ce n'est guère vraisemblable.

Le président: Si vous me le permettez, je voudrais, moi aussi, poser quelques questions au témoin.

Comment êtes-vous arrivé à la conclusion que le financement par l'État constitue un des principaux aspects du problème? Est-ce à la suite de votre propre expérience lorsque

[Texte]

that said to you, look, we need more funds put into this, or did Dr. Gilmore tell you it needed to have more funds in it? How did you happen to come to that conclusion?

Mr. Clemens: I looked at what role the government could play when I was thinking of what I was going to say to you gentlemen. Basically the government collects taxes and spends them . . . from where I sit as a taxpayer.

So it was funding. The government has the funds that an organization like Comité SIDA de Montréal or ACT, the Aids Committee of Toronto, does not have, and it is to the federal government that we look for funding. From that point I said, in what areas do we need to spend the money? Funding for research is an area that I think is a primary government concern . . .

The Chairman: Yes, very good.

Mr. Clemens: —more so than what I would say is community support groups', although they are justified . . . and in need of funds as well; not to the amounts, possibly, of national research in that area.

The Chairman: On the subject of education, you indicated you had a couple of books there, one from the United States, that should be done in Canadian style. You also mentioned the need to have it in both official languages here. Knowing, as you do perhaps better than some of us, the situation in Montreal with the Haitian community . . . is there any reason to think there is a language barrier between their style of French, say, and what would normally be understood in Quebec?

Mr. Clemens: There is a difference. I am not Haitian, so I am not really that familiar with it. But from my understanding there is a difference in the French spoken in Quebec and the Creole that is brought by the Haitian immigrants to Canada. The group in Montreal finds that it is necessary to try to have translations of documents in three languages, English, French, and Creole, not singling out the Haitians as the only group. I think it has to be provided in the mother tongue or in the tongue the people feel comfortable with. But because Haitians are unfortunately a group that have a number of their members as patients, we have had to translate some of our things into Creole. Luckily, the Haitian Nurses' Association in Montreal is part of the community support group, and so that has been assisted.

Yes, I think it has to be in more languages than the first two; but we have to get it in the first two first.

The Chairman: You and my colleagues discussed also the need for an organization that would be concerned about AIDS and the difficulty in getting that established. Do you know anything about what the Canadian Cancer Society has done? Inasmuch as AIDS has a relationship to cancer, one might have expected that they might have taken on this job, in a sense. Do you know if they have, or not?

Mr. Clemens: That area I am totally unfamiliar with. I do not know.

The Chairman: It is our understanding, members of the committee, that David has brought with him a volunteer by

[Traduction]

vous étiez hospitalisé à Montréal, ou est-ce le Dr Gilmore qui vous l'a dit.

M. Clemens: C'est en préparant mon intervention pour le Comité que j'ai réfléchi au rôle que le gouvernement pourrait assumer, vu que c'est le gouvernement qui lève les impôts et dépense l'argent ainsi recueilli.

Contrairement au Comité SIDA de Montréal ou à celui de Toronto qui n'ont pas d'argent du tout, le gouvernement, lui, a les moyens d'agir. Il faudrait tout d'abord commencer par débloquer des crédits pour la recherche.

Le président: Très bien.

M. Clemens: Ensuite, les groupes de soutien communautaires devraient également obtenir des crédits mais pas autant, bien entendu, que la recherche.

Le président: Vous nous avez montré un livre américain qui devrait être adapté pour le Canada et traduit en français. Pensez-vous que la différence entre le français parlé par les Haïtiens de Montréal et le français généralement utilisé au Québec constitue un obstacle?

M. Clemens: Bien entendu, le créole parlé par les immigrants haïtiens diffère du français utilisé au Québec. Le Comité SIDA de Montréal publie des documents en anglais, en français et en créole. En règle générale, ces documents doivent être publiés dans la langue que les gens comprennent le mieux. Étant donné que parmi les personnes atteintes du SIDA, il y a un certain nombre d'Haïtiens, nous avons fait paraître certaines de nos publications en créole. Comme l'Association des infirmières haïtiennes de Montréal fait partie du groupe de soutien, cela n'a posé aucun problème.

Il faut commencer par publier tous les documents dans les deux langues officielles et ensuite, sans doute, dans d'autres.

Le président: Vous avez parlé de la difficulté de créer une société qui s'occuperait du SIDA. À votre connaissance, la Société canadienne du cancer a-t-elle proposé de faire quelque chose dans ce domaine, vu qu'il existe certains liens entre les deux maladies?

M. Clemens: Je n'en sais absolument rien.

Le président: Je vous signale par ailleurs que M. Clemens a amené une bénévole, Ellen Margoese de Montréal, qui l'aide

[Text]

the name of Ellen Margolese from Montreal, who helps him out when he has need of help. She is here, and I think if she is willing we might like to have a chance for a couple of questions to Ellen. She represents the volunteer community we have been talking about.

You have heard the discussion, Ellen. What we would like to hear, Ellen, would be anything you could tell us that would help us in our recommendations as to how we should recommend to governments that they handle the volunteer community. Do you need more funding, or what sort of help do you need, if any?

First of all, we thank you for coming as an aide to David, and we appreciate your willingness to say a few words to us on the spur of the moment.

Ms Ellen Margolesee (Individual Presentation): The first thing I would like to respond to . . . I am sorry, I did not catch the name of the gentleman when he was discussing the national committee. It was formed in May. It is made up of a delegate from each community organization across Canada. These are all volunteer community-based organizations, most of which have started in the gay community, although they have certainly expanded beyond that.

• 1620

Unfortunately, with only two exceptions, those being Vancouver and Toronto, these are basically unfunded organizations, and although they have had a couple of telephone meetings that is about it. They cannot afford to meet and they really cannot even afford to meet over the telephone because that is expensive and they do not have funds.

So it comes down to the federal government providing some sort of funding to these community groups so they can do this kind of work. It seems ridiculous that we are developing pamphlets in Montreal that perhaps Vancouver has already done or that Halifax could use something we have done. We really do not have a lot of ways to communicate because we just cannot afford it. We have 150 volunteers; we have a number of pamphlets that we sneak into peoples' office buildings at night to photocopy because we cannot afford a photocopier or to print them.

Mr. Redway: I just wondered if you have been in touch with any of the other, larger organizations such as the Canadian Cancer Society or the Canadian Heart Foundation or whatever to draw on their expertise and to see what they might suggest as to how to get yourself off the ground, in light of the fact that somehow or another they got themselves off the ground a few years ago?

Ms Margolesee: Officially, no, we have not. I have been in touch with somebody who does a lot of fund-raising work in Montreal and we have meetings set up to figure out how to do it. But we do need some sort of basis to do it.

Again, I am coming back to—I cannot even remember who said it—the high-risk groups being educated by themselves. It is the same thing: we have a specific campaign on for April and it will continue to reach the high-risk homosexual population, to go into the bars and into the bath-houses and

[Translation]

de temps à autre. Elle est ici dans la salle et nous pourrions donc lui poser quelques questions.

Vous avez entendu la discussion et vous pourriez donc nous dire comment le gouvernement pourrait venir en aide aux organisations bénévoles, que ce soit sous forme de crédits ou autres.

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier d'avoir aidé David à venir ici et de bien vouloir répondre à nos questions.

Mme Ellen Margolesee (à titre personnel): Le Comité national a été créé au mois de mai dernier; il comprend un délégué de toutes les organisations communautaires à travers le Canada. La plupart de ces organisations bénévoles ont été créées par des homosexuels au départ, bien qu'actuellement des hétérosexuels en font également partie.

A l'exception des organisations de Vancouver et de Toronto, elles ne bénéficient malheureusement d'aucun crédit. Elles n'ont pas l'argent nécessaire pour se réunir ni même pour discuter éventuellement au téléphone.

Il faudrait donc que le gouvernement leur donne de l'argent pour leur permettre de mieux fonctionner. Entre-temps les doubles emplois sont inévitables. Ainsi les brochures que nous publions à Montréal ont peut-être déjà été publiées à Vancouver au risque de l'être à Halifax. Nous ne pouvons pas nous permettre actuellement de téléphoner pour savoir ce qu'il en est. Nous sommes 150 bénévoles. Nous sommes obligés de photocopier nos brochures le soir clandestinement, car nous n'avons pas de quoi nous payer une machine à photocopier ou les faire imprimer.

M. Redway: Je voudrais savoir si vous êtes entrés en contact avec la Société canadienne du cancer ou la Fondation canadienne des maladies du coeur pour profiter de leurs connaissances techniques et leur demander comment elles ont démarré?

Mme Margolesee: Il n'y a pas eu de contact officiel. Par contre j'ai discuté avec une personne qui a une vaste expérience dans la collecte de fonds à Montréal. Mais encore une fois il nous faut de l'argent.

En ce qui concerne la campagne d'explication auprès des groupes à risque, nous allons justement lancer une campagne en avril auprès des homosexuels; on va distribuer des brochures dans les bars et les bains qu'ils fréquentent. Nous devons en principe commencer la semaine prochaine, mais la date sera

[Texte]

reach them. This campaign was supposed to get started next week, but we had to put it off because we have to get funds from SIDA Québec, which is a provincial organization, because we do not have any. We have applied for funding grants. We understand our project has been tentatively approved, but now it has to be formally approved. We need Jake Epp to sign it and then we need it to be released by the Treasury Board, and all of that we are given to understand is iffy and a long-term proposal.

In the meantime, we do not have a typewriter. We are borrowing from our members. We simply do not have the money. We try and fund-raise, but because of the stigma of this it is very difficult to get into corporations to get them to donate.

Do you have any specific questions on the type of support services we provide directly to clients?

The Chairman: Are there any further questions at all?

Mr. Redway: Perhaps you could outline exactly what you do in the way of assistance.

Ms Margolesee: Directly to clients we have a number of programs, the first being a buddy support program where we match one or two volunteers with a person with AIDS or AIDS-related complex. We get somebody to act as an emotional support, a friend to accompany them to medical appointments if that is what they need or want, to do minor tasks if they need those done, somebody to listen, to help them figure out where they need to go, to what social services—we try to use existing social services as our front line of attack, local community health centres—where to go to the hospitals and all that sort of thing.

We also have what we call a practical care program, which fills in the gaps after the provincial government's home care programs. We will go in if they need it and cook their meals, do the shopping. If the family is taking care of somebody with AIDS and they need a break then we will come in and give them a break. It is physical care as opposed to an emotional support program. Again, this is totally on a volunteer basis.

We run a self-help support group for families, friends and lovers of people with AIDS, where they can get together and realize they are not alone. A tremendous problem with AIDS is that if your wife is dying of cancer and you go in to your office and you are down today and somebody asks you what is wrong then you can be down. You can say that she has had a bad night, that the chemotherapy was bad. If your lover is dying of AIDS then you cannot go in to work and say that. Even if it is somebody who is not gay, you cannot go in to work and say AIDS. The office would be cleared in an instant. The paranoia and stigma is so great that these people are very isolated. Providing them a place where they can talk to other people in the same boat we are finding is very helpful.

We are also in the process of setting up a self-help discussion group for people with AIDS and AIDS-related complex. We do peer counselling. We are not professionals and do not pretend to be, but we do provide information. We have a

[Traduction]

reportée en attendant d'obtenir de l'argent de SIDA Québec, car nos caisses sont vides. Nous avons fait une demande de crédit. Il paraît que notre demande a été approuvée en principe, mais le ministre Jake Epp doit encore la signer, et ensuite les crédits doivent être débloqués par le Conseil du Trésor, ce qui risque de durer.

Entre-temps nous n'avons même pas de machine à écrire. Nous sommes obligés d'en emprunter à nos membres. Nous avons essayé de recueillir des dons, mais ce n'est pas facile, car le SIDA est considéré comme une maladie honteuse, et il est difficile dans ces conditions de persuader les entreprises de donner de l'argent.

Est-ce que vous voulez avoir plus de détails concernant les services que nous offrons aux malades?

Le président: Y a-t-il d'autres questions?

M. Redway: Vous pourriez peut-être nous expliquer comment vous aidez les patients.

Mme Margolesee: Nous avons créé un réseau de soutien en détachant un ou deux bénévoles auprès de chaque malade. Nous leur apportons un réconfort moral, nous les aidons à aller chez le médecin s'ils en ont besoin, nous faisons toutes sortes de courses pour eux, nous sommes quelqu'un à qui ils peuvent parler et nous leur disons où ils peuvent se rendre pour obtenir de l'aide dans les différents centres de santé et dans les hôpitaux.

Nous assurons également toutes sortes de soins à domicile en plus des soins offerts par le programme provincial. Ainsi nous allons à domicile leur préparer les repas ou faire leurs achats. Lorsque des parents d'un malade atteint du SIDA s'occupent eux-mêmes du malade, nous les remplaçons de temps à autre pour qu'ils puissent souffler. Il s'agit donc des soins matériels plutôt que d'un soutien moral. Tout ceci est fait à titre strictement bénévole.

Nous avons par ailleurs créé un groupe d'entraide pour les parents, amis et amants des malades atteints du SIDA afin qu'ils se sentent moins seuls. Si votre femme est en train de mourir du cancer et qu'un jour vous arrivez tout déprimé au bureau, vous n'hésitez pas à dire à ceux qui vous demandent ce qui ne va pas que votre femme a passé une mauvaise nuit à cause de la chimiothérapie. Par contre si votre amant se meurt du SIDA, vous n'en parlerez pas au travail. Même si le malade n'est pas homosexuel, le mot même de SIDA est tabou, et tous vos collègues disparaîtraient à la seule mention du mot. Ces gens sont ainsi très isolés. Nous leur offrons donc la possibilité de parler à d'autres personnes qui se trouvent dans la même situation.

Nous sommes par ailleurs en train de créer un groupe d'entraide pour les personnes atteintes du SIDA. Nous ne sommes pas des professionnels bien entendu, mais néanmoins nous leur fournissons toutes sortes de renseignements. Nous

[Text]

variety of pamphlets, all photocopied: *A Family Guide to AIDS*, *Home Care Guidelines*, *Women and AIDS*, *Safe Sex Practices* and so on and so forth, with more slated all the time. We also try to provide people to accompany our clients to medical appointments if they need that, to the welfare office if they need it, and that sort of thing.

• 1625

Mr. Redway: Do you find people gravitating to Montreal and the larger centres with this problem? As I gather, Mr. Clemens comes from Peterborough, and I take it he has gone to Montreal because of the fact that there is no support system in Peterborough.

Ms Margolesee: No.

Mr. Clemens: Oh, no, I went to Montreal to work. I was working in Montreal after I finished work on my Masters degree, so it was necessary.

Mr. Redway: I see.

Ms Margolesee: We have had some cases where people had been living in the outlying regions and have come into Montreal for care and treatment. You also get a lot of people in the high-risk groups who come to Montreal or Toronto or Vancouver, to the large cities, because there is really not—and I am guessing—a whole lot of the gay lifestyle in a small town, and if you want to meet other people who are gay, you go to a big city. So in that case, yes. That is why you find most cases of high-risk people in the big cities and not in the smaller towns.

The Chairman: We appreciate having your comments, Ellen. Perhaps at this moment you could stay where you are, if you like, and we could hear from Betty-Ann. Then we could have questions to Betty-Ann and all three, if we wish, before our meeting ends.

Betty-Ann Gladman is from Ottawa and, Betty-Ann, your interest in being here is because you had a family member who had AIDS, I think.

Ms Betty-Ann Gladman (Individual Presentation): Yes, sir.

The Chairman: If you want to lead off with your discussion, then, we will ask you some questions.

Ms Gladman: Thank you. I am a little disappointed that there seems to be not very many people here. I expected more.

The Chairman: This is normal.

Ms Gladman: I am a little disappointed, but I just wanted to throw that in.

In 1982 my father went in for open-heart surgery at the Ottawa Civic Hospital and contracted AIDS from the blood

[Translation]

avons également un certain nombre de brochures photocopiées, qui sont mises régulièrement à jour: *Family Guide to AIDS* (Guide familial du SIDA), *Home Care Guidelines* (Conseils sur les soins à domicile), *Women and AIDS* (Les femmes et le SIDA), *Safe Sex Practices* (Une vie sexuelle sans risque) etc. Nous pouvons également accompagner certains malades à leurs rendez-vous chez le médecin, s'ils en ont besoin, ou au bureau de bien-être social. Voilà certains exemples de notre action.

M. Redway: Constatez-vous que beaucoup de gens viennent à Montréal, ou dans les grands centres urbains, à cause de cela? Si je ne me trompe, M. Clemens vient de Peterborough, où il n'y a sans doute pas de réseau d'assistance et d'entraide suffisant, et c'est sans doute ce qui l'a amené à déménager à Montréal.

Mme Margolesee: Non.

M. Clemens: Oh, non, c'est à cause du travail que je suis à Montréal. Je travaillais déjà à Montréal après avoir terminé ma maîtrise, je n'avais donc pas le choix.

M. Redway: Je vois.

Mme Margolesee: Nous avons eu un certain nombre de cas de personnes qui vivaient effectivement à l'extérieur de Montréal, et qui s'y sont rendues pour des soins. Il faut aussi citer ces groupes à risque qui viennent à Montréal, Toronto ou Vancouver, c'est-à-dire les grandes villes, parce qu'il n'est pas aussi facile pour les homosexuels de faire des rencontres dans les petites villes—je suppose—lesquelles n'ont pas autant à leur offrir. Voilà pourquoi la majorité de ces personnes à risque se retrouvent dans les grandes villes.

Le président: Nous vous remercions pour toutes ces explications, Ellen. Peut-être pourriez-vous rester maintenant où vous êtes, si vous le voulez, afin que nous puissions entendre Betty-Ann. Nous pourrions ensuite lui poser des questions, en même temps qu'à tous les trois, si vous le voulez, et nous léverons la séance.

Betty-Ann Gladman est d'Ottawa et, si je ne me trompe, Betty-Ann, vous avez été amenée à vous pencher sur la question du SIDA, parce qu'un membre de votre famille en était atteint.

Mme Betty-Ann Gladman (À titre individuel): Oui, monsieur le président.

Le président: Allez-y, si vous voulez, et nous vous poserons ensuite des questions.

Mme Gladman: Merci. Je suis un peu déçue de voir qu'il y a très peu de monde. J'espérais qu'il y en aurait plus.

Le président: De façon générale il n'y en a pas beaucoup plus.

Mme Gladman: Je suis un peu déçue, et je voulais simplement le signaler.

En 1982, mon père a subi une intervention chirurgicale à coeur ouvert à l'hôpital Civic d'Ottawa, et une transfusion

[Texte]

transfusion. In 1984 he became ill with it. I could go through the symptoms with you, although we could be here all day, and I do not think you would be too interested in those because they are hard and I do not think I would feel quite comfortable speaking in front of David about it.

My father went through a year of testing and of very much pain that should not have happened to him. Because he was not gay, they did not look for AIDS. They looked for a cancer, put him through hundreds and hundreds of blood tests and scopes and biopsies and blood dyes and what not, trying to find out what was wrong with him. When you look at the symptoms today and when you think about the symptoms today, it seems that it is so much more easily diagnosed today than it was in 1984 when he first started getting sick.

During that year, my parents went through a great amount of money in medication. We are not talking about buying a bottle of Aspirin. We are talking about someone who cannot go to work; we are talking about someone who cannot eat, who has to have medication to try at least to get some food into him, among various other things. He just went through far too much, and I feel the professional people should have found out what happened to him. They should not have put him through what he had to go through just to be diagnosed.

He was in and out of the hospital for that first year and was never diagnosed by anyone in that hospital. He was finally diagnosed by Dr. Dent, about whom I am sure you have heard, and Dr. Dent had seen him for a matter of minutes before he knew he had AIDS. He had seen many people, many, many doctors, more than I could tell you, more names than I can remember, more faces than I could ever remember, trying to find out what he did have. Then this one person comes along a year later and tells my father what he has. There is something drastically wrong here when a 54-year-old man has to go through complete hell when he has already had his open heart operation, he has already done his work in recuperating and he has to go through this hell just to find out he is going to die and he is only going to get sicker before he does so. I hope you realize that there is something very drastically wrong here.

• 1630

I have heard of many cases of people dying undiagnosed. If it were not for Dr. Dent, my father would have died undiagnosed. He was diagnosed in June of 1985. July 1984 was when his first symptoms appeared. He lost weight very rapidly, went down to nothing, until he reached a point at which he could not get out of bed. When he was put into hospital on October 29, 1985, my mother took him in because he could not breathe. My mother had to stand and wait for seven hours before my father got a hospital bed. My father was too sick for that. He could not handle that and it was not right.

His food, like David's, was left outside, with the exception of nobody bringing it in unless his family was there. There were

[Traduction]

sanguine lui a transmis le virus du SIDA. C'est en 1984 qu'il est véritablement tombé malade. Je pourrais vous décrire tous les symptômes qu'il présentait et vous en parler toute la journée; je ne pense pas que ce soit véritablement très intéressant pour vous, c'est assez pénible, et j'hésite d'ailleurs à le faire en présence de David.

Mon père a alors subi toute une série de tests et d'analyses très pénibles, qui normalement n'étaient pas nécessaires. Comme il n'était pas homosexuel, on n'a pas d'abord pensé au SIDA. On a cherché dans la ligne du cancer, en lui faisant subir des centaines et des centaines de prélèvements sanguins pour analyse, examens de toutes sortes, biopsies et colorations sanguines etc., tout cela pour essayer de savoir ce qui n'allait pas. Il semble que l'on connaisse maintenant beaucoup mieux la symptomatologie qu'en 1984.

Pendant toute cette année mes parents ont dépensé énormément d'argent en médicaments. Je ne parle pas ici de quelques tubes d'aspirines. Il s'agit d'un malade qui ne peut plus travailler, qui refuse toute nourriture et auquel on administre d'abord des médicaments pour essayer de lui faire ingurgiter quelque nourriture, entre autres. Toutes ces interventions prirent des proportions extrêmes, et j'ai l'impression que les médecins auraient dû normalement trouver ce qu'il avait, sans être obligés d'aller si loin. Tout cela pour un simple diagnostic.

Pendant cette première année il n'a cessé d'aller et venir entre son domicile et l'hôpital, où personne n'a jamais été capable de faire un véritable diagnostic. C'est finalement le Dr Dent, dont vous avez certainement entendu parler, qui a, en quelques minutes, diagnostiqué le SIDA. Il n'avait pas arrêté de voir des médecins, qui cherchaient tous ce qu'il avait; il y en a tant eu que j'en ai oublié les noms et les visages. Finalement, un an plus tard, il suffit de quelques instants à un médecin pour lui dire exactement ce qu'il a. Il y a quelque chose de fondamentalement inacceptable dans le fait qu'un homme de 54 ans déjà, qui vient de subir une opération à cœur ouvert dont il se relève, vive de telles souffrances pour finalement apprendre que son état ne va cesser de s'aggraver et que finalement il va en mourir. J'espère que vous comprendrez à quel point il y a là quelque chose de fondamentalement intolérable.

J'ai entendu parler de plusieurs cas de personnes qui sont mortes sans que la maladie ait été diagnostiquée. Sans le Dr Dent, c'est ce qui serait arrivé à mon père. Son diagnostic est intervenu au mois de juin 1985, alors que les premiers symptômes étaient apparus au mois de juillet 1984. Il avait très rapidement perdu du poids, jusqu'à n'être plus que l'ombre de lui-même, et être incapable de se lever. Lorsqu'il a été hospitalisé, le 29 octobre 1985, la décision en avait été prise par ma mère, parce qu'il ne pouvait plus respirer. On a fait attendre ma mère debout sept heures avant d'accorder un lit à mon père. Or, son état ne lui permettait plus de supporter ce genre de chose. Il était tout à fait inadmissible qu'on lui impose cela.

Sa nourriture, comme dans le cas de David, était déposée à la porte de sa chambre, sauf lorsque l'un d'entre nous s'y

[Text]

times when we were not there at the lunch hour or at breakfast time and we would come an hour or two later and find it sitting in the anteroom to his private room. He was put into a private room because of the other patients in the hospital. The nurses were fairly good to my father. Some of them were excellent. But I have to say that I found the nurses were a hell of a lot more help than the doctors ever were. We had doctors who had not had any AIDS patients before, although I know that there were AIDS patients at the Civic. Dr. Dent was not our doctor at the Civic. We had residents coming in and out of the room constantly, basically staring at my father, discussing medical aspects and leaving. They would ask us to leave the room, which we were not crazy about. Sometimes they put him through pain in just the fact that they would be touching him and they would be rolling him over and whatnot and he was at a point where he could not handle that. That was too much for him. They wanted to do tests on him in his last weeks of life, which infuriates me to no end.

The disease itself affected my father's brain and trying to make the Civic Hospital understand that his brain was indeed affected was a little too difficult to go into. Their excuse was that he had been in the room for too long. He had been in the room for maybe three or four weeks at that point. He had not been in the room too long to affect his brain. It was the disease. We did know this from early on in the disease. That did happen to my father. He became forgetful. He would discuss things that he had just previously discussed, which we had not really noticed or thought about, and when we tried to make the medical team realize that when my father said he would undergo a scope or would take a certain test, he was only saying that to get them off his back so they would, hopefully, leave the room and leave him alone. He did not want people to see him in the condition he was in. He had read earlier that the disease may possibly infect your brain. He had told us that he hoped none of us would have to see him in that condition. He was close to death. There was no need for the hospital staff to want to do tests on him. They wanted to force feed him. We had family meetings with them, because he was not eating at that time. He wanted to die and we knew that. We expressed this to them and, I suppose, being doctors, they could not quite accept that.

• 1635

This is someone whom you have known all your life and this doctor has known for a matter of days or weeks, but the doctor is telling you that he has been in the room too long, that we should take him out of the room. The next day we took him out of bed. We put him in a wheelchair and took him across to the sunroom. He was physically sick from that. He should not have been moved from his bed. He could not handle that in any way and it took him days to recuperate, something that did not take five minutes.

[Translation]

trouvait. Lorsque nous ne pouvions être là pour l'heure du petit déjeuner ou du déjeuner, et que nous arrivions une heure ou deux en retard, nous trouvions le repas dans l'antichambre. Pour l'isoler des autres malades de l'hôpital on lui a donné une chambre privée. De façon générale mon père a été bien traité par les infirmières de l'hôpital, et certaines ont même été remarquables. Je dois même dire qu'elles ont été d'une plus grande aide que les médecins eux-mêmes. Nous avons eu affaire à des médecins qui n'avaient jamais traité de malades atteints du SIDA; pourtant je sais qu'à cet hôpital Civic il y en avait eu. Ce n'était pas le Dr Dent qui s'occupait de nous. Dans la chambre de mon père c'était un véritable défilé de médecins résidents, qui ne faisaient que le dévisager et discuter entre eux de questions médicales, avant de s'en aller. Ils nous demandaient de quitter la chambre du malade, ce à quoi nous ne tenions pas particulièrement. Il leur arrivait en effet de lui faire mal, simplement en le touchant, et parfois ils le retournaient ou le manipulaient d'une façon ou d'une autre, alors qu'il ne pouvait absolument plus résister à ce genre de traitement. C'était déjà beaucoup trop pour lui. Ce qui me mettait hors de moi, c'est qu'on voulait encore, à quelques semaines de la fin, lui faire subir des analyses médicales.

La maladie elle-même avait fini par gagner les cellules du cerveau, et cela paraissait trop difficile à comprendre pour l'hôpital Civic. La réponse des médecins était toujours qu'il était resté trop longtemps dans sa chambre. Or, à ce moment-là, il n'y était que depuis trois ou quatre semaines. Ce n'était donc pas suffisant pour que le cerveau soit attaqué. C'est la maladie elle-même qui progressait. Nous savions, dès le départ que cela était possible. Et c'est ce qui s'est passé pour mon père. Il a commencé à perdre la mémoire. Il répétait ce qu'il venait de dire—au début nous n'y avons pas prêté garde—nous avons alors essayé de faire comprendre au personnel médical que lorsque mon père acceptait qu'on lui fasse subir une radio ou tel ou tel examen, il ne le faisait que pour avoir la paix et pour qu'on le laisse tranquille, seul dans sa chambre. Il voulait surtout qu'on ne le voie pas dans l'état où il se trouvait. Il avait lu quelque part que le virus pouvait éventuellement attaquer les cellules du cerveau, il nous avait dit à l'époque qu'il espérait bien que nous n'aurions pas à le voir dans cet état. Il était déjà proche de la mort, et cela n'avait plus aucun sens de vouloir le soumettre à d'autres analyses et examens. On a voulu le nourrir de force. Toute notre famille en a discuté avec les médecins, il ne voulait plus rien manger, il ne voulait plus que mourir; et cela nous le savions. C'est ce que nous avons expliqué, et c'est ce que les médecins—étant donné leur profession, je suppose—ne pouvaient accepter.

Il y a donc d'un côté quelqu'un que vous avez connu toute votre vie, et de l'autre un médecin qui n'a vu le malade que quelques jours ou quelques semaines; néanmoins le médecin a le droit de vous dire que votre père a gardé le lit trop longtemps, et qu'il faut le faire sortir. C'est ce que nous avons fait le lendemain. Nous l'avons installé dans une chaise roulante, pour aller jusqu'au solarium. Cela l'a littéralement fait vomir. Il n'aurait tout simplement pas fallu lui faire quitter le lit. Il ne

[Texte]

They asked him if they could force feed him. He said, do whatever you want to do. When they left, we asked him if he wanted to die, if he wanted to be left alone. He would say, yes. We would express to them what he had said to us, that he wanted to die. He wanted to be left alone. We asked them not to force feed him.

We told them we would speak to him a few more times in the next few days to see what he really wanted to do, because to ask him once was not sufficient. A lot of the time he was in a dream world. He was not sure what was happening and he wanted to pleased everybody. We had told them we would think about it for a few days.

My mother and I went to dinner and when we returned we saw that they had placed the tube in him. My mother had expressed . . . she did not want the tube anywhere near my father. But we had decided we wanted to try to talk to him about it. Of course, my mother was furious, because she had told them she did not want the tube near him. They simply stated to her that he said he wanted it and walked away.

That night my father took the tube out three times. Twice they put it back in. We told them each time it was quite obvious he did not want it. He wanted to die. He was not eating. We asked them to let it be over with, but they were not capable of doing that.

By the end of the night he had pulled the tube out three times. The nurse decided to leave the tube out and speak to the doctor the next day.

They had asked him if they could do scopes so that they could find out if the medication to ward off and fight the pneumonia was working. We were well aware these were the last weeks of his life. He had already gone through hell for the first year after being diagnosed. He did not have to have more tests done. There was no reason for it. There are people who have been diagnosed as having this disease who still have the energy and fight in them to go through tests. But this is someone who could not speak any more unless you put your ear to his mouth in order to hear what he was saying. There is no reason for people like that to be tested, so that these residents can find out just what they are dealing with. It is not fair. There should be more information for them. Somehow, someone should have known that his brain was not affected by the disease. They would not listen to any of us.

• 1640

We are not the type to sit back and let things happen. They definitely heard from us—the residents and the doctors and

[Traduction]

l'a pas supporté, et il lui a fallu plusieurs jours pour récupérer; or, nous ne l'avions pas sorti plus de cinq minutes.

On lui a alors demandé la permission de le nourrir de force. Il a répondu que l'on pouvait faire ce que l'on voulait. Lorsque le personnel de l'hôpital a quitté la chambre, nous lui avons demandé s'il voulait mourir, s'il voulait rester seul, et il a répondu que oui. C'est ce que nous avons expliqué au personnel de l'hôpital, en demandant également que l'on arrête de le nourrir de force.

Comme il ne nous semblait pas suffisant de lui avoir posé la question une fois, nous avons expliqué que nous reviendrions lui parler les jours suivants, pour savoir exactement ce qu'il voulait. Très souvent il était parti dans ses rêves et ne savait pas exactement ce qui se passait; il voulait en réalité faire plaisir à tout le monde. Nous avons alors dit au personnel de l'hôpital que nous allions réfléchir encore quelques jours.

Ma mère et moi-même sommes alors allés dîner, et à notre retour nous avons constaté qu'on lui avait mis un tube. Ma mère avait pourtant bien dit . . . elle ne voulait absolument pas entendre parler de ce tube. Il est vrai que nous avons décidé d'en reparler avec lui. Mais ma mère avait bien demandé qu'on ne lui mette pas de tube, et elle était évidemment furieuse. On nous a répondu que c'était ce qu'il avait demandé, et on nous a plantés là.

Cette nuit-là mon père a lui-même retiré le tube trois fois. Par deux fois on le lui a remis. Nous leur avons pourtant dit à chaque fois que de toute évidence il n'en voulait pas. Il voulait mourir et refusait toute nourriture. Nous avons alors demandé à l'infirmière, qui s'y refusait, de laisser les choses telles quelles.

A la fin de la nuit, mon père avait déjà arraché ce tube trois fois. L'infirmière a alors décidé de laisser tomber et d'en parler au médecin le lendemain.

On lui a alors demandé la permission de lui faire des radioscopies, pour voir si le médicament destiné à combattre la pneumonie, agissait. Nous avons, de notre côté, tout à fait conscience qu'il était en train de vivre les dernières semaines de son existence. L'année qui avait suivi le diagnostique avait déjà été un enfer, et nous ne voulions pas que l'on continue à le soumettre à tous ces tests et examens. Cela n'avait plus aucun sens. Je sais que certains malades atteints du SIDA ont encore suffisamment d'énergie pour lutter et subir tous ces examens. Mais nous avons ici affaire à quelqu'un qui ne pouvait même plus parler, et que l'on ne pouvait entendre que si l'on approchait son oreille de sa bouche. À ce stade les analyses médicales n'ont absolument plus aucun sens; ce sont simplement les médecins de l'hôpital qui veulent continuer à accumuler des renseignements sur la maladie. Ce n'est tout de même pas acceptable. Je pense que leur information devrait leur venir d'autres sources. Les médecins auraient dû eux-mêmes savoir que le cerveau pouvait être atteint. Mais personne, là-dessus, ne voulait nous écouter.

Nous ne sommes pas une famille de gens passifs et indifférents. Je peux vous assurer qu'ils en ont entendu . . . les

[Text]

the nurses. We were upset with them. We were confused. They would come into the room and they would tell us we had to gown up, mask up. Well, my father had AIDS for quite some time before he was diagnosed. It was a little late to gown up and to mask up, unless we felt we were going to be of some damage to him through a cold or what not.

There are things I suppose I could go on saying and talking about. I could sit and I could tell you horror stories about some of the things that have indeed happened: my father wetting the bed, realizing he was wetting the bed, it being very hard on him because he had never done so and he could not quite come to terms with the fact that he was wetting the bed. It was hard for him to let his kids see him like that. It was hard for us to put up with the doctors; and their lack of training is very disturbing, very upsetting, very confusing. It is not fair that these people, who are sick enough, have to go through this sort of thing.

When we found out that my dad had AIDS, some of us did not know what it was. Some of us thought it was just a gay disease. Some of us just wanted to get as much information as we could. That was not available to us.

I have been in touch with the Minister of Health and Welfare, I believe, Mr. Jake Epp. I had got to the point where I was phoning him several times a day. When I finally got a message back from him, he told me he had had three or four phone messages from me. If I phoned once, I phoned a hundred times.

I wanted information. I wanted to know what was going to happen to my father. My father wanted to know what was going to happen to him. And all that we had available to us was this. When you have AIDS and you are dying with AIDS, this is of no use to you whatsoever.

I am not putting down this pamphlet. It is a good thing to have for the public. But it is just a pinch, and more has to be out there. But when you go to doctors and they do not know what is going to happen with you, they do not know where you are at, they cannot help you, you go home and you have to deal with this, and your family and your friends have to deal with this.

We have some sort of an understanding of what these people go through, but we really do not know. I cannot sit here and say I know how my father felt. I can sit here and I can say I watched him suffer; and I did watch him go through hell. I refuse to sit back and watch this government or Mr. Jake Epp let that go by, and watch people go through what my father did.

My parents have no money, because of the medication and the costs of the disease. Perhaps if he had been gay he would have been diagnosed earlier. I suppose that is not very relevant now.

[Translation]

médecins résidents, les médecins et les infirmières. Nous étions révoltés. Et en même temps nous ne savions plus très bien où nous en étions. Ils faisaient irruption dans la chambre de mon père pour nous ordonner de passer des blouses et de mettre des masques. Or mon père avait le SIDA bien avant qu'il n'ait été diagnostiqué, et c'était tout de même un petit peu tard pour passer des blouses et mettre des masques; sauf si nous voulions éviter de le contaminer, si nous avions un rhume ou autre chose.

Je pourrais vous en raconter à n'en plus finir. Je pourrais vous raconter certaines de ces choses pénibles dont nous avons été témoins: mon père urinant au lit, par exemple, le sachant et le supportant très mal. Il était très pénible pour lui que ses enfants puissent le voir dans cet état. De notre côté, nous avions beaucoup de mal à accepter le comportement des médecins. Leur manque de formation et d'expérience dans ce domaine était absolument révoltant. Il est absolument inadmissible que des personnes malades à ce point soient de surcroît soumises à ce genre de traitement.

Lorsque nous avons appris que mon père avait le SIDA, nous ne savions pas tous ce que c'était. Certains d'entre nous pensaient que c'était simplement une maladie d'homosexuel. Lorsque nous avons voulu en savoir plus, nous avons constaté que l'information faisait complètement défaut.

J'ai pris contact avec le ministre de la Santé et du Bien-être social, M. Jake Epp, si je ne me trompe. Je suis allée jusqu'à lui téléphoner plusieurs fois par jour. Lorsque j'ai pu finalement l'avoir au bout du fil, il m'a dit qu'on lui avait transmis trois ou quatre fois un message de ma part. Je puis vous dire que si je n'ai pas téléphoné plus de 100 fois, je n'ai pas téléphoné une seule fois.

Ce que je voulais, c'était plus d'information. Je voulais savoir ce qui allait arriver à mon père. Lui-même voulait également en savoir plus. Tout ce que nous avions, c'était cette brochure. Lorsque vous avez le SIDA et que vous allez en mourir, ce n'est pas beaucoup.

Je ne tiens pas absolument à critiquer cette brochure, et je pense qu'il est bon qu'elle soit diffusée auprès de la population. Mais c'est tout de même très insuffisant. C'est pourtant tout ce que vous avez à votre disposition, vous, votre famille et vos amis, une fois que les médecins se sont révélés impuissants.

Nous avons une petite idée de ce par quoi passent ces malades, mais en réalité nous ne le savons pas vraiment. Je ne peux pas vous dire, véritablement, ce que mon père ressentait. Je peux vous dire que je l'ai vu souffrir et que j'ai assisté à son enfer. Je refuse donc de me croiser les bras et de laisser le gouvernement, ou M. Jake Epp, attendre que les choses se tassent, en laissant les malades souffrir, comme mon père l'a fait.

Mes parents se sont ruinés en médicaments et frais médicaux de toutes sortes. Si mon père avait été homosexuel la maladie aurait peut-être été diagnostiquée plus tôt. J'imagine qu'on n'en est plus là maintenant.

[Texte]

I feel my father would still be with us today if the professional people had been more properly trained and more in tune with things. When my father entered the hospital, he deteriorated so rapidly that you did not know whether to bring him home right then or leave him there, because you did not know what to do. They asked my mother how long they should keep him in for, what she thought, because she had been with him every day. She knew what was going on. She knew what my father was like, where he was at, how he was feeling; they did not.

• 1645

When we went to see him at the hospital, we did not want to wait outside while they checked him over. We wanted to be with him; we wanted to let him know we were there for him. They never really explained anything to us. They stood in their little hallway, in their circle of eight or nine doctors, doctors and residents, and discussed what was going on with my father. My mother and I would ask them questions. Basically half of them would just stare at us and, I suppose, wonder what was going through our heads, or what we thought of the whole issue. Some of them did try to help. Some of them finally did listen.

But we did end up having to ask them not to come back. We did end up having to hire a night-time nurse, because we could not be there for 24 hours. We could not trust them with my father because of the tests and different things they wanted to do. We felt we always had to be there. We hired a night nurse. She was a nun, and she was there when my father died. I do not think my father would have died half as comfortably if that nurse were not there.

I am not insulting the Civic Hospital, I am just saying that things have to be done better, because they cannot be done like this. It is not fair. These people are already fighting for their lives. They should not have to go through this when they are in pain we do not even understand in the first place. We cannot comprehend what pain they are in. You would leave the room and just hope to hell you would never see anything like that again in your life. You would leave so frustrated and so mad at doctors and nurses. Some would come in. They would be very nervous. They did not want to be there; they did not want to be in that room with him. It was too hard on them, and it came out in their work. They would drop things in the room. They would come in and say: Oh, I see you have wet the bed again. He would look at my mother or me, and he would say: I did not wet the bed, did I? We would say: No, do not worry about it; you did not.

We told them that he could not be trusted to make a decision about testing because he wanted to help them. We did not want to see him go through pain. Sometimes he could hardly breathe or swallow. He had not eaten for ages. Why put a scope down his throat when he had fungus, when he was sore, when he was in pain?

A doctor came in to the room with me, my mother, and a friend. He was going to prove that my father knew what he was talking about. He asked my father how long he had been

[Traduction]

Mais j'ai l'impression que mon père serait encore aujourd'hui en vie, si ceux qui se sont occupés de lui avaient été mieux formés et plus avertis. Peu de temps après son hospitalisation, son état s'est aggravé à un point tel qu'on ne savait plus s'il fallait l'y laisser ou le ramener à la maison; on se trouvait absolument démuni en face de la maladie. Comme ma mère était restée près de lui jour après jour, on lui a demandé ce qu'elle en pensait, et combien de temps on devait le garder à l'hôpital. Elle savait ce qui se passait. Elle connaissait mon père, savait où il était, ce qu'il ressentait; pas eux.

Lorsque nous sommes allés le voir à l'hôpital, nous n'avons pas voulu attendre à l'extérieur pendant la visite du médecin. Nous voulions être avec lui; nous voulions qu'il sache que nous étions là pour lui. On ne nous a, en fait, jamais rien expliqué. Ils étaient là dans leur petite entrée, un cercle de huit ou neuf médecins, de médecins et de résidents qui discutaient de ce qui arrivait à mon père. Ma mère et moi leur posions des questions. La moitié se contentaient de nous regarder en se demandant ce qui pouvait bien nous passer par la tête ou ce que nous pensions de toute la question. Certains ont toutefois essayé de nous aider. Il y en a qui ont finalement écouté.

Mais il nous a fallu leur demander de ne pas revenir. Nous en sommes arrivés à embaucher une infirmière de nuit parce que nous ne pouvions pas être là 24 heures sur 24. Nous ne pouvions leur faire confiance parce qu'ils voulaient lui faire des tests et des tas de choses du genre. Nous avons l'impression qu'il nous fallait toujours être là. Nous avons ainsi embauché une infirmière de nuit. C'était une religieuse, et elle était là lorsque mon père est mort. Je ne pense pas qu'il serait mort aussi paisiblement s'il n'y avait pas eu cette infirmière.

Je ne veux pas insulter le *Civic*, je dis simplement qu'il faut améliorer les choses, car cela ne peut durer ainsi. Ce n'est pas juste. Les malades doivent déjà lutter pour survivre. On ne devrait pas leur imposer cela quand ils souffrent d'une souffrance que nous ne comprenons même pas, que nous ne pouvons comprendre. Quand vous quittez la chambre, vous espérez que vous ne reverrez jamais quelque chose de pareil. Vous êtes si découragés et si en colère contre les médecins et les infirmiers. Certains venaient. Ils étaient très inquiets. Ils ne voulaient pas être là; ils ne voulaient pas être dans cette chambre avec lui. C'était trop pénible et cela se sentait dans leur travail. Ils laissaient tomber des choses dans la chambre. Ils disaient en entrant: oh, vous avez encore mouillé votre lit. Mon père regardait alors ma mère ou moi et disait: je n'ai pas mouillé mon lit, si? Nous répondions: non, ne t'inquiète pas; tout va bien.

Nous leur disions qu'on ne pouvait le laisser décider des tests parce qu'il voulait les aider. Nous ne voulions pas qu'il souffre ainsi. Quelquefois il arrivait à peine à respirer ou à avaler. Il n'avait pas mangé depuis une éternité. Pourquoi lui mettre une sonde dans la gorge lorsqu'il avait des champignons, lorsqu'il avait la gorge irritée et qu'il souffrait?

Un médecin est entré dans la chambre avec moi, ma mère et un ami. Il voulait prouver que mon père savait ce qu'il disait. Il lui a demandé depuis combien de temps il était là. Mon père a

[Text]

in. My father said a couple of days. He had been at that time in hospital four or five weeks. The doctor said that was very normal because he had been in the room for that length of time; that was fine. He asked him what he did the night before. My father said he was downstairs playing cards. The doctor looked at me as if to say, well there, I have proven it; and he walked out.

I, at that point, was furious. My mother was furious. My father was hurt. I have never seen my father play cards. Obviously, he was dreaming or thinking of something else.

• 1650

Right after, they had asked him what he was doing and he would answer that he was playing cards. They asked him if he would like the scope done. He said, whatever you want. That was good enough for them because they wanted to do it. That was not good enough for us: we did not want him to have it.

If he had had a year or two or longer, or even maybe if he had not been so ill, then he could have had it done. God knows, he had scopes done a lot. He had so many tests that, as far as I was concerned, why could they not look back at the tests they had already done? They had done testing for one year trying to figure out what was wrong with him.

They did not have to make him go through that. Sometimes you get very bitter trying to understand. You try to make yourself realize that it is because of lack of training and knowledge that these people do these things. They do want to save lives. I suppose maybe they are not accustomed to the fact that they have to deal with a whole family in this situation. It is not just a gay person with their lover. This is a whole family, six kids who are protective of their father, who maybe did give them a bit of a hard time at times but not that it was not asked for.

We just tried to make them understand that my father wanted to die and they should give him the freedom to do so. They did at the end ask us if we would put my father on life support. We said no. They never bothered us about that for some reason or another. They bothered us about all the other tests and everything else. I suppose they had realized that their fight with us was over, or maybe they gave up, they did not want to argue with us. We were not the easiest to get along with, but we were not very hard on them either. We wanted what was best for our father, but they were not giving what was best.

The Civic Hospital has always been good to my father. My father has had four heart attacks, two open-hearts and cancer. They had always been good to him. We had always trusted them and trusted in the doctors.

What happened this time around I will never understand. I do not know to this day why they were like that. There were other AIDS patients on the floor. They did not get visitors like my father did. There was one room you very rarely saw someone go in, and I hope to hell that person did not have to go through what we would not let them put my father through.

[Translation]

répondu deux jours. Cela faisait alors quatre ou cinq semaines qu'il était à l'hôpital. Le médecin a dit que c'était normal parce qu'il était dans cette chambre depuis si longtemps, que c'était normal. Il lui a demandé ce qu'il avait fait la veille au soir. Mon père a dit qu'il avait joué aux cartes en bas. Le médecin m'a regardée comme pour me dire qu'il avait prouvé ce qu'il voulait, et il est sorti.

J'étais absolument furieuse. Ma mère aussi. Mon père était blessé. Je n'ai jamais vu mon père jouer aux cartes. De toute évidence, il rêvait ou pensait à quelque chose d'autre.

Juste après qu'on lui ait demandé ce qu'il faisait et qu'il ait répondu qu'il jouait aux cartes, on lui a demandé s'il voulait qu'on lui mette la sonde. Il a dit que cela lui était égal. Cela leur suffisait parce que c'est ce qu'ils voulaient faire. Nous, par contre nous ne voulions pas qu'il ait cette sonde.

S'il avait eu encore un an, deux ans ou plus à vivre, ou s'il n'avait pas été aussi malade, pourquoi pas? Dieu sait qu'on lui a mis beaucoup de sondes. On lui a fait tellement de tests que je me demandais vraiment pourquoi on ne regardait pas les tests qu'on lui avait déjà faits? On avait fait des tests pendant un an pour essayer de savoir ce qui n'allait pas.

On n'était pas forcé de lui imposer tout cela. Quelquefois on devient très amer à force d'essayer de comprendre. On essaie de comprendre que c'est faute de formation et de connaissance que ces gens-là font ce genre de choses. Ils veulent sauver des vies. Peut-être ne sont-ils pas habitués au fait que dans une telle situation, ils ont affaire à toute une famille. Ce n'est pas simplement dans ce cas un homosexuel et son amant. C'est tout une famille, six enfants, qui veulent protéger leur père, même s'il leur a quelquefois mené la vie dure, car c'était bien mérité.

Nous essayions simplement de leur faire comprendre que mon père voulait mourir et qu'on devrait le laisser libre de mourir. À la fin ils nous ont demandé si nous voulions que notre père ait un respirateur artificiel. Nous avons répondu que non. On ne nous a jamais ennuyé à nouveau avec cela. Par contre on a continué à nous ennuyer avec des tas d'autres tests, etc. Je suppose qu'ils avaient compris qu'ils avaient perdu la bataille contre nous, qu'ils avaient abandonné ou qu'ils ne voulaient pas se disputer avec nous. Nous n'étions peut-être pas très commodes, mais nous n'étions pas non plus très difficiles. Nous voulions ce qui était le mieux pour notre père, mais ce n'est pas ce que nous obtenions.

L'hôpital Civic avait toujours bien traité mon père. Il a eu quatre crises cardiaques, deux opérations à cœur ouvert et un cancer. Ça avait toujours été bien. Nous avions toujours fait confiance à l'hôpital et aux médecins.

Je ne comprendrai jamais ce qui s'est passé cette fois-là. Je ne sais toujours pas pourquoi ils se sont comportés de la sorte. Il y avait d'autres malades du SIDA à l'étage. Ils n'avaient pas autant de visiteurs que mon père. Il y a une chambre où l'on voyait très rarement entrer qui que ce soit, et j'espère bien que cette personne n'a pas eu à subir ce que nous ne les avons pas laissés faire subir à mon père.

[Texte]

I suppose because everyone else has talked about public awareness and information I realize that is very important. I wanted to speak about actual hospital care because I did not really notice that anyone else had done so, to a certain extent. I can go on and on, but I will not. There are too many things to be said, I suppose, in too little time. There are too many things to be fixed up in too little time. These people do not have to go through the pain my father went through. He did not deserve it. He went in for a life-saving operation and he had to go through complete hell before he died, and I want something to be done about proper hospital care.

Basically, if the hospitals cannot do it then we should set up the facilities to do so. We have schools that have been closed down for years. They have been empty. The only use they are there for is for little kids to throw rocks through the windows.

• 1655

We have a lot of places like this. Why can we not in some way think and discuss using these places? I do not know about money. I do not know about funding. I just know that I want something done. I cannot speak in dollars and cents. I just want you to understand that there are people out there like my father.

My father was not the only one. I have had several phone calls from people who are, indeed, having the same problem. It is not right. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Betty-Ann.

Do members of the committee have some questions now to ask of Betty-Ann, or the other witnesses? Mr. Redway.

Mr. Redway: I would like to make the point that Betty-Ann has certainly put it in a very eloquent way. She certainly made her point very well.

Ms Gladman: Thank you.

Ms Margoless: Perhaps I could make a partial suggestion as to what this committee could possibly do to alleviate some of the in-hospital problems and needless sufferings of AIDS patients.

I heard a woman named Beverley Campbell speak at an AIDS symposium in Montreal in January. She is from Ottawa, I believe from the Centre for Disease Control here, working in the field of infection control. She was speaking on that subject, infection control of AIDS patients and the necessity or lack thereof for isolation procedures.

These are the most up-to-date and official procedures. She was saying, for example, that there is no need for patients to be in total isolation. You do need protective measures if you are drawing blood or if they are coughing or not in control of their bodily functions, but that is about it. There is no need for the food to come in on styrofoam trays. They can get the same food on the same plates as everyone else. Normal routine dishwashing will kill any AIDS virus that might happen to get onto the saliva.

Is it possible—I have no idea how these things work—that the recommendations could come strongly from these federal

[Traduction]

Comme tout le monde a parlé de sensibilisation du public et d'information, c'est certainement très important. J'ai voulu parler, moi, des soins hospitaliers, car j'ai eu l'impression que personne n'en avait vraiment parlé. Je pourrais continuer indéfiniment, mais je vais m'arrêter. Il y a trop de choses à dire et trop peu de temps. Il ne faut pas que ces malades souffrent comme a souffert mon père. Il ne le méritait pas. Il est entré à l'hôpital pour une opération censée lui sauver la vie et il a dû passer par toutes les tortures de l'enfer avant de mourir. Je veux que l'on fasse donc quelque chose à propos des soins hospitaliers.

Essentiellement, si les hôpitaux ne peuvent le faire, nous devons équiper d'autres installations pour cela. Nous avons des écoles qui sont fermées depuis des années. Elles ne servent qu'aux enfants qui envoient des cailloux dans les carreaux.

Nous avons beaucoup d'endroits semblables. Pourquoi ne pas envisager de les utiliser? Je ne sais pas si l'on a les fonds nécessaires, je ne sais pas où il faudrait aller les trouver. Je sais simplement que je veux que l'on fasse quelque chose. Je ne puis donner de chiffres. Je veux simplement que vous compreniez qu'il y a des gens qui souffrent comme mon père.

Mon père n'était pas le seul. J'ai reçu plusieurs coups de téléphone de personnes qui ont les mêmes problèmes. Ce n'est pas normal. Merci.

Le président: Merci beaucoup, Betty-Ann.

Les membres du Comité ont-ils des questions à poser à Betty-Ann ou à d'autres témoins? Monsieur Redway.

M. Redway: Je veux simplement dire que Betty-Ann est certainement très éloquente. Elle a très bien exprimé son point de vue.

Mme Gladman: Merci.

Mme Mangolese: Peut-être pourrais-je suggérer ce que pourrait faire le Comité pour atténuer certains problèmes et souffrances inutiles que connaissent les malades du SIDA dans les hôpitaux.

A un symposium sur le SIDA à Montréal en janvier, j'ai entendu une femme qui s'appelle Beverley Campbell, qui est d'Ottawa et qui travaille dans le domaine de la lutte contre les infections au Centre de lutte contre la maladie. Elle parlait de ce sujet à propos des malades du SIDA et de la nécessité ou de l'inutilité des méthodes d'isolation.

Ce sont les méthodes les plus modernes et officielles. Elle disait par exemple qu'il n'est pas nécessaire d'isoler totalement les malades. Il faut prendre certaines mesures si l'on tire du sang, si l'on touche ou si l'on est incontinent. Il n'est toutefois pas nécessaire que la nourriture arrive sur des plateaux de polystyrène. Ils peuvent manger la même nourriture dans les mêmes assiettes que quiconque d'autre. Tout virus du SIDA qui pourrait se trouver dans la salive disparaît dans l'eau de vaisselle.

Je ne sais pas comment cela marche, mais serait-il possible que les recommandations qui viendraient de ces institutions

[Text]

institutions and go to all the hospitals and make it very clear that these are all the precautions you need to take, so if somebody goes into the hospital they are not put in total isolation? There is no need for masks and gowns and gloves and hats and booties and all this nonsense. Many hospitals do not do it any more, but many do. All of them still isolate the food. When you are sick having the food coming like that is no big help. Could these recommendations on isolation procedures and infection control go out across Canada to every hospital?

The Chairman: It is a good question to ask. Mr. White, did you wish to make a comment?

Mr. White: Just a short comment, Mr. Chairman.

I would like to say to Betty-Ann that she has in a very powerful way put a face to the entire AIDS question. I think probably a lot of the problem has been that many people do not realize the human suffering that is being endured, and I think we could also add education to the health care field to the education Mr. Clemens and I spoke about earlier. I think that, very movingly, you made us aware of that fact. I thank you for it.

Ms Gladman: Thank you.

The Chairman: I might put one question to you, Betty-Ann. How did you find support services in the Ottawa community? We heard a bit about Montreal from your two colleagues there. What was your experience in Ottawa regarding support services?

Ms Gladman: We found no support services. There is an Ottawa AIDS Committee run by, I believe, a Mr. Bob Reid. It is run by the Gays of Ottawa. I found that out after my father's death. In January I found it out through Toronto and Montreal. Mr. Epp's office was not aware of it. I telephoned them in December and January, besides before that. In January I decided something had to be done for these people. If you had no one to scream and yell at when you got home, you were in trouble, because you cannot keep these things inside.

• 1700

As I said, my father was lucky. We have a big family with very much love in it, which means we can yell at someone one minute and we can forget about it the next. There was nothing for us anywhere, with the exception of the palliative care team at the Ottawa Civic Hospital, who tried their best and would still be trying, I suppose. But their lack of understanding does not do much for you. They still do not understand. They are asking you to talk about something about which they have no understanding.

My mother and I did do a piece in the paper, and we mentioned that we did want to start a support group, even a place where money could be sent for people who needed money. There are women off work whose children have AIDS. They have to go back to work and they do not know what to do. They cannot get people in; they do not know where to go.

[Translation]

fédérales soient transmises à tous les hôpitaux pour qu'ils sachent que ce sont les seules précautions à prendre, que si quelqu'un entre à l'hôpital, il n'est pas nécessaire de l'isoler complètement? Il est inutile de porter des masques, des blouses, des gants, des chapeaux, des bottines, etc. Beaucoup d'hôpitaux ne le font plus, mais il y en a encore où cela se fait. Ils isolent toujours la nourriture. Lorsque vous êtes malade, voir la nourriture arriver comme cela n'aide vraiment pas. Ces recommandations sur les méthodes d'isolation et de contrôle de l'infection pourraient-elles être communiquées à tous les hôpitaux du Canada?

Le président: C'est une bonne question. Monsieur White, vouliez-vous faire un commentaire?

M. White: Rapidement, monsieur le président.

Je veux simplement dire à Betty-Ann qu'elle a très bien réussi à donner visage à toute la question du SIDA. Le problème est que beaucoup ne semblent pas comprendre la souffrance humaine que supportent ces gens-là, et je crois que nous pourrions ajouter l'éducation aux soins à ce dont je parlais tout à l'heure avec M. Clemens. Vous nous avez de façon très émouvante sensibilisés au problème. Je vous en remercie.

Mme Gladman: Merci.

Le président: Je vous poserai une question, Betty-Ann. Qu'avez-vous pensé des services d'entraide d'Ottawa? Vos deux collègues ont un peu parlé de Montréal. Qu'existe-t-il à Ottawa?

Mme Gladman: Nous n'avons pu compter sur aucun service. Il existe un comité du SIDA à Ottawa, dirigé, si je ne m'abuse, par un certain Bob Reid. J'ai découvert cela après la mort de mon père. Ce sont les gais d'Ottawa qui s'en occupent. Je l'ai découvert par Toronto et Montréal. Le cabinet de M. Epp n'était pas au courant. J'ai téléphoné en décembre et en janvier avant cela. En janvier, j'ai décidé qu'il fallait faire quelque chose pour ces gens-là. Si n'avez personne devant qui hurler quand vous rentrez chez vous, c'est très grave, car c'est le genre de chose que l'on ne peut garder pour soi.

Je répète que mon père a eu de la chance. Nous sommes une grande famille pleine d'amour, ce qui signifie que nous pouvons nous en prendre à quelqu'un très violemment une minute et que tout est oublié l'instant d'après. Nous ne pouvions nous adresser nulle part, sauf peut-être aux membres de l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital Civic, qui ont essayé de faire ce qu'ils pouvaient et qui essaient probablement toujours. Malheureusement ces gens-là ne comprennent pas. Ils ne comprennent toujours pas. Ils vous demandent de parler de quelque chose qu'ils ne comprennent pas.

Ma mère et moi avons indiqué dans le journal que nous voulions mettre sur pied un groupe d'entraide, prévoir un endroit où l'on pourrait envoyer de l'argent pour ceux qui en ont besoin. Il y a des femmes sans travail dont les enfants ont le SIDA. Elles doivent retourner au travail et ne savent pas quoi faire. Elles ne peuvent faire venir personne; elles ne savent

[Texte]

One particular woman, who barely speaks English, is having a hard time dealing with the doctors. She does not know where her child is; she does not know what is happening. We need a place for people like that to go to get some sort of understanding.

You want to know what is happening with your father or, as David wants to know, what is happening with yourself. You want to know how long you have with your father. I was told that in 1987 my father's chances of being alive were nil, but I did not expect it six months after diagnosis. It was just too soon, not enough time to spend.

Something does have to be in Ottawa, and I do believe—no meaning anything bad about the gays of Ottawa—they are not there for people. They have some gays who have AIDS, and I am sure they are doing their best for them. But they are not reaching the general public and they are not reaching the people who are afraid to say they have AIDS and are not gay, who maybe are haemophiliacs. They are just not there for them. They are not getting out to them, obviously. I did not know they were there, and God knows we looked. We looked around. We did not want people to have to go through what my Dad did, and we knew there were more people out there. That was my father's whole reason for going public. He knew it was going to hurt our family; he knew he had a 14-year-old son who might not be able to handle it. But he did not want people to go through what he had gone through.

The Chairman: Thank you very much, Betty-Ann.

It is now 5 p.m. Are there any last questions of our witnesses? Mr. Redway.

Mr. Redway: Mr. Chairman, I have one question to Betty-Ann regarding what, if anything, public health authorities in the Ottawa area... I assume you were in contact with them and that they were in contact with you, and I want to know whether or not they communicated about the support group that was here or whatever.

Ms Gladman: I have been in touch with everybody I know of to be in touch with. No one knew about this support group except for a person in Toronto from the Toronto AIDS Committee, and he was the only one who told me about it. I was astonished to find out there actually was something in Ottawa. When I discussed things with them, they were not ready to go public because they felt they had had a hard enough time establishing their Gays of Ottawa in Ottawa and that people here are so conservative. They just were not ready to go public.

• 1705

[Traduction]

où s'adresser. Je pense en particulier à une femme qui parle à peine anglais, qui a beaucoup de mal à communiquer avec le médecin. Elle ne sait pas où est son enfant, elle ne sait pas ce qui se passe. Il faut que les gens comme cela aient un endroit où aller et où on les comprenne.

Vous voulez savoir ce qui arrive à votre père ou, comme David, ce qui vous arrive. Vous voulez savoir combien de temps il vous reste avec votre père. On m'a dit qu'il n'y avait aucune chance que mon père vive encore en 1987, mais je ne pensais pas que cela arriverait six mois après le diagnostic. C'était trop vite, on n'a pas eu suffisamment de temps.

Il faut quelque chose à Ottawa et j'estime—sans avoir rien contre les homosexuels d'Ottawa—que ce qui existe ne suffit pas. Il y a certains homosexuels qui ont le SIDA, et je suis sûr qu'on les aide au maximum. Mais ces gens-là n'atteignent pas le grand public ni ceux qui ont peur de dire qu'ils ont le SIDA, qui ne sont pas homosexuels, qui sont peut-être hémophiles. Il n'y a rien pour eux. Il est évident que ce n'est pas ce groupe qui peut les atteindre. Je ne savais même pas qu'il existait, et Dieu sait que nous avons cherché. Nous avons cherché partout. Nous ne voulions pas que d'autres aient à subir ce que papa a subi et nous savions qu'il n'était pas le seul. C'est la seule raison pour laquelle il a décidé de parler. Il savait que ce serait difficile pour notre famille. Il savait qu'il avait un fils de 14 ans, qui ne pourrait peut-être pas l'assumer. Mais il ne voulait pas que les autres aient à subir ce qu'il avait subi.

Le président: Merci beaucoup, Betty-Ann.

Il est maintenant 17 heures. Certains voudraient-ils poser une dernière question à nos témoins? Monsieur Redway.

M. Redway: Monsieur le président, j'aimerais poser une question à Betty-Ann sur la santé publique dans la région d'Ottawa... Je suppose que vous étiez en contact avec ces services et j'aimerais savoir s'ils vous ont indiqué le groupe d'entraide qui existait ou autre chose?

Mme Gladman: J'ai contacté tous les services et toutes les personnes que j'ai pu imaginer. Personne n'était au courant de ce groupe d'entraide sauf quelqu'un du comité du SIDA de Toronto, et c'est la seule personne qui m'en ait parlé. J'ai été très étonnée d'apprendre qu'il existait en fait quelque chose à Ottawa. Lorsque j'en ai discuté avec ce groupe, j'ai constaté qu'ils n'étaient pas prêts à parler parce qu'ils avaient eu suffisamment de mal à constituer les gais d'Ottawa devant l'esprit conservateur de la population. Ils n'étaient donc pas prêts à affronter le public.

Il n'est pas nécessaire d'être homosexuel. Il faut simplement comprendre la situation, comprendre les gens. Il est peut-être possible de faire quelque chose, même dans le petit groupe de gens qui ne veut pas avoir de contact avec les homosexuels. Il y en a. Si on peut les atteindre, c'est déjà un grand pas de fait.

But I feel someone who is not necessarily gay can reach out to these people who have been in a situation... who do understand what is going on and how these people feel. They might be able to do something, and to reach even to that little sector who do not want to deal with gay people. There are people like that out there. If we can somehow reach them, then we will have done a lot.

[Text]

Mr. Redway: Just to confirm that you did contact the Department of Public Health, or they contacted you . . . or did they?

Ms Gladman: I contacted them; and there was nothing . . . Dr. Alastair Clayton was very good to me and gave me the numbers in Toronto and what not, and I found out through Toronto.

If you phone this Ottawa AIDS Committee—I can give you the number, if you would like—they have a recording. I think you can find out how little they do on that recording if someone who was not gay were to phone for help about AIDS. It does not make you feel that good or confident when you do phone. It says, gay-related issues such as the AIDS syndrome. Well, that is not right for this mother who wants to find out about her son or who wants to talk with someone about it.

I have had a good response from the public, wanting to help and wanting to do what they can. I cannot set myself up as a charitable organization, because I do not have the money to do so. I am unemployed. I am looking for a job. Therefore you do not know which way to go. If I do not have the money to do this, and I do not have the job, so I cannot get the money to do it, it is a Catch-22 situation. There is not a heck of a lot you can do.

The Chairman: May I on behalf of the committee thank all three of our witnesses today for being here with us. I think this brings to a close the series of witnesses we have had over the last several months, and we appreciate the fact that you have brought some very personal testimony to us here today.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

M. Redway: Je voudrais savoir, vous avez communiqué avec le ministère de la Santé, ou il a communiqué avec vous?

Mme Gladman: J'ai communiqué avec lui. Il n'y avait rien . . . le Dr Alastair Clayton a été très gentil avec moi. Il m'a donné des numéros de téléphone à Toronto, entre autres. J'ai pu faire quelque chose par l'entremise de Toronto.

Si vous communiquez avec le comité du SIDA à Ottawa—je puis vous donner le numéro de téléphone, si vous voulez—vous constaterez que c'est un enregistrement qui vous répond. Vous verrez à quel point quelqu'un qui n'est pas homosexuel et qui téléphone pour avoir de l'aide au sujet du SIDA peut être laissé à lui même. Il est question dans l'enregistrement des sujets qui intéressent les homosexuels comme le SIDA. Ce n'est pas du tout indiqué dans le cas d'une mère qui téléphone pour avoir des renseignements au sujet de son fils ou qui veut parler à quelqu'un au sujet de son problème.

J'ai eu une bonne réaction de la part du public. Le public veut bien faire sa part. Cependant, je ne peux pas lancer moi-même un organisme de charité, je n'ai pas suffisamment d'argent. Je suis sans emploi. Je me cherche un poste actuellement. La situation est donc sans issue. Sans argent, il est impossible de faire quoi que ce soit. C'est un cercle vicieux.

Le président: Au nom du Comité, je tiens à remercier les trois témoins qui ont comparu aujourd'hui. Nous en sommes arrivés à l'issue d'une série de témoignages qui a duré plusieurs mois et nous sommes particulièrement heureux de terminer sur une note très personnelle.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

Individuals:

David Clemens;
Betty-Ann Gladman.

From Comité SIDA—Aide Montréal:

Ellen Margolese, Co-ordinator, Community Support
Services.

A titre personnel:

David Clemens;
Betty-Ann Gladman.

Du Comité SIDA—Aide Montréal:

Ellen Margolese, coordinatrice, Services communautaires.



CANADA

INDEX

STANDING COMMITTEE ON

Health, Welfare and Social Affairs



HOUSE OF COMMONS

Issues 1-33 • 1984-1986 • 1st Session • 33rd Parliament

Chairman: Mr. Bruce Halliday

The Index is available in both official languages.

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

L'index est disponible dans les deux langues officielles.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

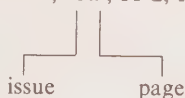
En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE TO THE USERS

This Index is a subject-based and cross-referenced index which provides subject analysis as well as corresponding entries under the names of individual Members of Parliament.

Each participating Member and witness has a global entry, based on the order of reference that covers all pages where he/she spoke.

Knowles, Hon. Stanley (NDP—Winnipeg North Centre)
Regional Economic Expansion Department estimates,
1984-1985, main, **15:9**, 11-2, 19



Testimony and debate are analysed for subject content and the entries are arranged alphabetically.

Member
subject entry

Knowles
Steel industry, **15:9**

Main subject
sub-heading

Steel industry
Exports, **15:9**

Included in the index are several headings that may be particularly useful; a list under Witnesses shows all appearances by individuals and organizations before the Committee; the heading Orders of Reference lists all matters studied by the committee; the section Procedure records all items of a procedural nature including those listed in the Minutes.

The index is extensively cross-referenced to account for organization of subject detail and varying terminology. Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash “—”.

Women *see* Canadian Forces—Training

A list of dates of meetings of the committee with the corresponding issue numbers may be found under the heading “Dates and Issues” on the following page.

INDEX

HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE

OFFICIAL REPORT

FIRST SESSION—THIRTY-THIRD PARLIAMENT

Abbreviations: A.=Appendices. Amdt.=amendment. M.=motion. S.O.=standing order.

DATES AND ISSUES

—1984—

November: 22nd, 27th, 1.

December: 3rd, 2.

—1985—

February: 12th, 3; 26th, 28th, 4.

March: 1st, 4; 5th, 5; 8th, 6; 12th, 7; 19th, 8; 21st, 9; 25th, 10.

April: 1st, 2nd, 11; 24th, 12.

May: 7th, 13; 8th, 14; 9th, 15; 14th, 16; 22nd, 17; 28th, 18; 30th, 19.

June: 4th, 20.

October: 8th, 21; 31st, 22.

November: 19th, 23; 28th, 24.

December: 2nd, 25; 3rd, 26; 12th, 27; 17th, 28.

—1986—

January: 30th, 29.

February: 6th, 29; 11th, 30; 13th, 31; 25th, 32.

March: 6th, 33.

See also National Health and Welfare Standing Committee

Acid rain, funding, 25:6

Acquired immunodeficiency syndrome *see* AIDS

Advertising *see* Alcohol; Tobacco

Africa *see* AIDS—Central Africa

Agenda and procedure subcommittee *see* Procedure

AIDS, (acquired immunodeficiency syndrome)

Biological characteristics, nature, 22:12-3; 23:6-9, 14; 24:7-13, 27-8;

26:4-6, 16; 28:6-7; 31:19, 22; 33:4

Brain disease, chronic brain syndrome, 24:9; 28:7, 16; 31:19;

33:16

Carriers, 23:30-1

Exposure, infectious/infected/diagnosed disease, 22:13; 26:6-10;

31:19; 32:5

Studies, 26:8-11

Post-infectious/post-infectioned, 24:7; 31:4

Pre-AIDS/AIDS related condition ARC, 23:32; 24:11-2; 26:9-10,

17

Progression, 24:10-2

Variants, 23:14

Blood, screening, 23:22-4

Canadian Red Cross Society, 21:10; 22:17-9, 22, 30; 26:22;

27:16-8, 24-6; 28:7-8; 32:9

Implications, liability, 28:8, 14

Test results, confidentiality, provisions, 27:18, 23-5; 32:15

Costs, 31:26

Employees, 28:13-4

High risk groups, 23:24; 29:15

Immunofluorescence test, 23:23

Provincial alternate testing sites, 22:22, 30

Universal, Charter of Rights and Freedoms violation, 31:10

See also AIDS—Canadian Armed Forces—Prostitutes

Canadian Armed Forces members, screening, 22:29

Central Africa

Zaire, Rwanda occurrence, 22:14-5, 18, 21-2; 23:24-5; 24:6;

26:13-4

See also AIDS—Medical research

Centralized resource centre, establishing, 28:9, 16-20

Children, students, exposure, risks, occurrence, 21:12; 24:14; 29:8

Access to education, civil rights violation, 32:10-3, 23

Sexual abuse victims, blood transfusion recipients, provisions,

32:6, 10

Clinics, establishing, 24:17, 23-4, 26-8

Committee study, 21:10-3; 22:5; 23:5

Costs, 28:8; 30:16; 31:24

See also AIDS—Hospitalization

Death, physical characteristics, 27:6-7

Death, projections, 30:7-8, 16

Diagnosis

Antibody positive, subclinical cases, 22:32

Antibody test, 22:8, 13, 18-9

Doctors

Lack of knowledge, 33:5

See also AIDS—Health care workers

Epidemic nature, 23:31; 26:16; 28:6; 32:19

Euthanasia, relationship, 30:24

Federal-provincial collaboration, 22:8

Health care workers

Exposure, education, 22:7-8; 32:13; 33:5, 19

Role, 28:9-10

Training, inadequate, 24:15

Heterosexual occurrence, 22:14; 26:17, 19-20, 26; 28:7

High risk groups, occurrence, 21:13, 16-7; 28:7

Blood transfusion recipients, 22:13-4; 28:7; 30:25

Haitians, 22:17; 24:6; 30:21

AIDS, (acquired immunodeficiency syndrome)—Cont.

High risk groups, occurrence—*Cont.*

Hemophiliacs, 22:13; 24:6-8, 13-4; 26:7; 30:25-6

Homosexuals and bisexuals, 22:13; 23:25; 24:6, 22-3; 28:7

Intravenous drug users, 22:13; 24:28; 31:23

See also AIDS—Blood—Information

Home, palliative care, costs, 27:8, 15-6

See also AIDS—Hospitalization

Hospitalization, 24:23-4; 26:21; 29:16

Costs, 26:20; 27:8; 30:16

Home, palliative care, costs, etc., comparison, 27:8-10; 29:16

Treatment, 33:4-5, 15-22

Housing project, Vancouver, 26:20-1

Infectious process, transmission, 22:13; 23:9-13, 28-9; 24:6-7, 13, 18,

21-3; 28:6; 31:20-2

Blood transfusion recipients, 22:13-4; 23:12; 26:6; 31:20

Carriers/infected persons, 26:7-8; 31:25

Incubation time from exposure, 23:12

Mother, through birth, to child, 23:11-2; 28:8, 26

Needle stick injury to health care workers, 23:13; 26:7-8

Saliva, tears, 26:8, 13; 31:14, 25

Sexual transmission, 23:24-6; 24:6-7, 22-3; 26:6, 12-3, 19-20, 26;

31:20, 23

Socio-economic conditions, nutrition, etc., effects, 31:21-3, 25

Tuberculosis, comparison, 31:22-3, 25

Information, professional, exchange, 22:7-8, 30-1; 23:15-6; 24:24

Information to high risk groups, 33:7-8, 12-3

Information to public, education programs, 24:18, 30; 26:15; 28:20,

24; 29:6; 33:7

Availability, 31:9-10; 33:18, 23

Co-ordination, advisory committee, establishing, 29:13-5

Establishing, 25:29; 29:11

Federal government pamphlets, 22:7; 26:27; 33:8

Federal role, 33:6-7

Funding, 24:19; 28:19-20; 33:8

Inadequate, 21:10, 12, 31-2; 24:14, 16-8; 31:17

Media, role, 23:27-8; 24:19-20, 30-1; 28:14; 29:7-8; 31:17; 33:10

Publications available, 22:7-8; 33:7-8, 11

Science Council of Canada role, 29:10-1, 17

Inmates, occurrence, 26:18; 31:15

Insurance coverage, 24:14; 26:24, 28-9; 28:8, 13-4; 30:5, 7-11,

16-22; 31:5

United States comparison, 30:17

Legal, judicial impact, problems, 31:4-5

Administration, public health system, provincial jurisdiction, 32:4

Contact tracing, 32:5-7, 16-7

Counselling, 32:7, 20

Canadian Bar Association of Ontario, operations, 31:8-9, 13

Contact tracing, compulsory testing, etc., 32:5, 17, 19

Sexually transmitted diseases, relationship, 32:4-6, 8, 10

Employers position, 31:5, 8, 13

Federal-provincial co-operation, relationship, 32:18

Legislation, 31:5-6, 18; 32:13-4, 19-20, 23-4

See also AIDS—Reporting

Transmitting, criminal offence, 32:9-10, 19-20

Library of Parliament study, 21:11-2

Medical research, 21:11; 24:29-30; 28:9, 12

Central Africa, 23:15

Centre for Disease Control, Atlanta, Georgia, information
dissemination, exchange with Canada, etc., 23:15, 19-20;

24:10

Conglomeration, centralizing, 23:20-2, 31-2; 28:28-9

Control strategy, developing, 29:8, 14-5

Facilities, 24:22

Funding, 22:8-10; 23:16-9; 24:16-7, 19, 28-9; 25:24-6; 26:11, 14-5;

27:23, 26; 28:12, 18-20, 23-6; 29:12; 31:23, 27; 33:8, 11-2

United States comparison, 24:15; 29:12

AIDS, (acquired immunodeficiency syndrome)—Cont.Medical research—*Cont.*Information network, **23:15-6; 31:19**Other countries, exchange, collaboration, **22:8, 10-2, 19; 23:15, 31-2; 28:22-4**Progress, **22:11-2**Researchers, shortage, **26:9, 12, 15**Researchers, training, needs, etc., **22:9-10, 19; 23:19**United States comparison, **21:11; 23:21-2; 29:12-3***See also* AIDS—Medical research, Funding*See also* National Health and Welfare Department—Laboratory Centre for Disease ControlMedical research/treatment, information dissemination, priorities, establishing, **24:20-2**Mononucleosis, relationship, **24:10-3, 31**Morticians, embalmers, position, **28:13, 25**National charitable organization, establishing, **33:6, 8-13, 22, 24**Numbers, **22:9, 16; 26:4; 31:19**Breakdown, **22:16-7; 26:8**Growth trend, projections, **22:17-8, 20-1; 26:4, 21; 27:13; 28:6-7; 29:15-6; 31:24**Origins, **22:15-6; 23:15; 24:5-6, 21-2; 26:4; 31:20**Palliative care, **27:6-9, 11-5, 27**Community service, **27:8***See also* AIDS—Home, palliative carePersonal experiences *see* Clemens, Mr. David; Gladman, Ms Betty-AnnPrevention, public education, **22:7, 20, 24-6, 28-9; 23:26; 26:15, 21-2; 28:14; 29:9-10**Funding, **22:28-9**Provisions, strategic planning, federal-provincial co-ordination, **28:9, 15-6**Prostitutes, **22:14**Intravenous drug users, **24:28**Screening, **23:26-7; 24:13; 26:25**Public fear, **21:10-1; 28:8; 29:7; 31:7, 17, 26-7**Blood transfusions, **21:10**Health care workers, dentists, position, withholding services, etc., **21:10, 12; 22:23, 28; 26:22; 28:8; 31:5, 8**Reporting, compulsory, **31:6-7, 15, 17-8; 32:16-7**Civil rights violation, discrimination, **26:24-5; 31:10**Health care workers, position, role, etc., **28:15; 31:7, 11**Legislating, federal/provincial, **31:12**Uniformity, **32:11-2, 24**Provincial variations, **26:20, 24, 26; 31:6-7**Sexually transmitted diseases, relationship, **32:5, 8**Reporting, confidentiality, **22:19, 22, 24; 26:24-5; 30:23-4; 31:10-1; 32:5, 8, 11-2, 15-7, 20-3**Public health, rights, relationship, **32:14-5**Social, ethical issues, impact, **28:13, 20; 29:8-9; 33:5**

Support centres

Education programs, co-ordinating, **26:20**Establishing, costs, **26:23-4**Funding, **33:6-7**Ottawa, facilities, **33:22-4**Role, importance, **26:28***See also* AIDS Centre, VancouverTreatment, **22:19-20; 24:8, 14-5**Costs, **22:24-5**Cyclosporin, French physicians' discovery, **22:19, 26-8**Drugs, dispensation, **24:31-2; 28:27-8; 33:6**Facilities, **24:17**Funding, **27:23, 26-7**Health care, **28:4, 13, 15; 29:8**Infectious, **32:13**Sexually transmitted diseases, relationship, **32:8**United States, comparison, **33:7-8****AIDS, (acquired immunodeficiency syndrome)—Cont.**Treatment—*Cont.*Vaccine, inadequacies, **26:5, 12, 14***See also* AIDS—Medical research

Victims/patients

Counselling, **26:19; 27:7**Disabled, classifying, **32:20-1**Human rights violation, **24:18; 31:5-6, 8-9**Information, availability, **33:23**Isolating, quarantining, **23:25-7; 26:26; 31:23, 25-6; 32:20**Social treatment, isolation, discrimination, etc., **24:17-8; 28:13; 31:5, 9-10, 15-6; 32:20; 33:5-6**Employment, loss of jobs, **24:17-8; 26:29; 28:13; 31:5**Housing, **31:5**Working conditions, rights, restrictions, etc., **28:14-5**Women, occurrence, **26:17, 19-20, 26**World Health Organization, position, **31:23***See also* Blood supply; Medical Research Council of

Canada—Annual Report; National Health and Welfare Department—Annual Report; United States

AIDS Advisory Committee *see* National Health and Welfare Department**AIDS Centre, Vancouver**Education program, **26:18-9**Mandate, status, funding, **26:16-8, 28**Medical consultants, **26:27**Operations, staff, **26:20, 23***See also* Witnesses**Alcohol**Advertising, restricting, **16:35***See also* Sports**Annual reports** *see* Medical Research Council of Canada; National Health and Welfare Department**Appendices**Canadian Council on Social Development, documents, **10A:1-5**National Health and Welfare Department, documents, **2A:1-2***See also* Procedure—Documents**ARC** *see* AIDS—Biological characteristics, Pre-AIDS**Armed Forces** *see* Canadian Armed Forces; United States—AIDS**Association Québécoise des droits des retraités(es) et des préretraités(es)** *see* Witnesses**Automation** *see* Industry**Automobile Protection Association**, funding, **19:28****Badgley Commission** *see* Women—Family violence victims**Baldwin, Mr. Ken** (Canadian Labour Congress)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, **9:3, 52-9, 62, 64-6****Ballachey, Mr. Frank** (Canadian Council on Social Development)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, **10:3-5****Bankruptcies**Employees, protection, **19:19-20**Preferred creditors, **19:19-20**Protection from creditors, **19:18-20****Bankruptcy Act**, amending, **19:5-6****Battle, Mr. Ken** (National Council of Welfare; Social Policy Reform Group)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, **9:3, 27-37, 45**

Bélanger-Rochon, Mrs. Denise (Coalition pour l'universalité)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 108

Berger, Mr. David (L—Laurier)
Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986,
main, 19:15-7, 25-6, 28

Bertrand, Mrs. Gabrielle (PC—Brome—Missisquoi; Parliamentary
Secretary to Minister of National Health and Welfare)
AIDS

Blood, screening, 27:24

Clinics, 24:26-7

Information to public, 23:27; 24:30; 29:13

Medical research, 21:11

Palliative care, 27:27

Prevention, 22:25

Reporting, 31:12

Treatment, 22:25

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 7:20; 9:98, 108-9

Child tax exemption, eliminating, 9:109

Committee, budget, 27:20-1

Family allowance, recipients, 9:98

Family benefits, review, 18:22-3

Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986,
main, 17:15, 22

Insurance, application, 30:23

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:42

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 22:25; 23:27; 24:26-7, 30-1; 27:20-1, 24-5, 27; 29:13, 17;
30:11-2, 23-4; 31:11-2

National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, 21:11, 13

AIDS, 22:25; 23:27; 24:26-7, 30-1; 27:20-1, 24-5, 27; 29:13, 17;
30:11-2, 23-4; 31:11-2

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986,
main, 18:22-3

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:23; 20:16, 22-3

Procedure

Agenda and procedure subcommittee, 1:10; 3:7

M. (Frith), 1:13-4

M. (Ladouceur), amdt. (Finestone), 1:42

M. (Mitchell), 3:9

M. (Joncas), 30:11-2

Amdt., 30:11

Bills, 20:16, 22-3

Budget, M. (Browes), 27:20-1

Business meeting, 3:7, 9

Election of Chairman, M., 1:8

Election of Vice-Chairman, M., 1:9

Members, 1:9

Organization meeting, 1:8-10, 13-4

Reports to House, 3:9

Social programs, expenditures, 9:108-9

Social programs, universality, 9:108

Betz, Ms Anne (National Action Committee on the Status of Women)
Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 15:3-5

Bills

C-2. Sports Pool and Loto Canda Winding-Up Act

C-26. Old Age Security Act (amdt.)

See also bills by title

Biotechnology, patent protection, 19:5

Birth rate *see* Child Benefit System—Benefits, Increasing; Families

Black, Mr. Charles C. (Canadian Life and Health Insurance
Association)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 30:3, 5-11, 13-8, 20-5
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 30:3, 5-11, 13-8, 20-5

Black, Dr. L.M. (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986,
main, 16:4, 25

Blood supply

Diagnostic tests, screening, AIDS effecting, research, etc., 16:17-20
Virally transmitted disease contaminating, hepatitis example, 24:8

Blood testing *see* AIDS

Blood transfusions *see* AIDS

Bois, Dr. Pierre (Medical Research Council)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 22:4, 11-2, 26-7
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 22:4, 11-2, 26-7
National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986,
main, 16:4, 25-6

Bourgault, Mrs. Lise (PC—Argenteuil—Papineau)
Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986,
main, 19:12, 14

Brisco, Mr. Bob (PC—Kootenay West)
Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 15:9-10, 23

British Columbia *see* Doctors; Medicare—Doctors

Browes, Mrs. Pauline (PC—Scarborough Centre)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 4:19-20; 5:26-7;
7:14-7, 22-3; 9:46-7, 56-7, 90
Committee, budget, 27:20
Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B),
1:34-5, 37, 41, 70-1
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 22:6, 28-30; 26:14-5, 26; 27:9, 11, 20, 22
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 22:6, 28-30; 26:14-5, 26; 27:9, 11, 20, 22
National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986,
main, 16:23-5
Procedure
Agenda and procedure subcommittee, M. (Frith), 1:14
Budget, M., 27:20
Documents, 22:6
Election of Vice-Chairman, M., 29:5
Members, 1:9
Organization meeting, 1:9, 14; 29:5
Quorum, 1:37
Witnesses, M. (White), 27:22

Brunet, Mrs. Yvette (Association Québécoise des droits des
retraités(es) et des préretraités(es))
Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 13:5, 17-21, 31

Budget, May 23/85 *see* Consumer protection; Social security—Family
benefits

Building Maintenance Program, laboratory facilities, funding, 25:6,
21-2, 26

Business meeting *see* Procedure

Calgary, Alta. *see* Olympics

Calmain, Dr. Kenneth (Ontario Social Development Council)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 8:3-17, 19

Canada Assistance Plan

Expenditures, cut-backs, 2:6, 25-7
 Breakdown, 2:27
 Federal-provincial fiscal arrangements, 2:28-9
 Federal-provincial payments, breakdown, 18:19
 Federal-provincial payments, extending, 18:14-5
 Provinces interpretation, discrepancies, 2:20, 22
 Review, 18:12-4
See also Daycare—Funding; Food banks; Social security—Transfer payments

Canada Health Act

Government position, 16:13
See also Doctors—British Columbia; Medicare—Doctors

Canada Home Renovation Plan, expenditures, 1:47

Canada Mortgage and Housing Corporation

Employees, unionized, 1:64
 Expenditures, 1:40, 46
 Urban renewal, 1:46
 Land development, Orleans, Ont., 1:47-8
 Rental units, rent increases, GIS recipients affected, 12:15-6
See also Witnesses

Canada Pension Plan

Administration, 15:33
 Disability pensions, 2:30, 32, 35-6; 25:15, 23
 Eligibility age, lowering to 60, Quebec Pension Plan comparison, 18:29, 31; 25:15
 Fund
 Bankruptcy projections, 18:10
 Investment possibilities, job creation, etc., 18:11
 Provinces investing, 18:10-1
 Homemakers, coverage, 15:7, 14-5; 25:14-6, 24
 Intergenerational transfer, 18:30
 Youth unemployment affecting, 6:29-30
 Mandatory splitting, 15:7, 14
 Premiums, increasing, 18:15-6; 25:24
 Benefits affected, 18:29
 Program changes, provinces role, 2:15
 Revising, 25:22-4
 Surviving spouse, age 55 to 65, application, 15:6-7
 Quebec Pension Plan, comparison, 15:7

Canada Winter Games, 1987, funding, 25:7

Canadian Armed Forces *see* AIDS

Canadian Association of Social Workers *see* Witnesses

Canadian Bar Association of Ontario *see* AIDS—Legal; Witnesses

Canadian Cancer Society, Steve Fonyo Fund, funding, 25:6, 19-20

Canadian Council on Children and Youth

Mandate, 9:92-3, 95
See also Witnesses

Canadian Council on Social Development

Role, membership, background, 10:4-5
See also Appendices; Witnesses

Canadian Home Ownership Stimulation Plan

Cancellation, 1:49
 Expenditures, 1:46

Canadian Labour Congress *see* Witnesses

Canadian Life and Health Insurance Association

Representation, 30:5-6
See also Witnesses

Canadian Patent Office, dismantling, implications, Patent Cooperation Treaty accession, 19:9-10, 15-8, 25-7

Canadian Pensioners Concerned Inc. *see* Witnesses

Canadian Red Cross Society

Funding, 25:6, 19-20
See also AIDS—Blood; Witnesses

Centre for Disease Control, Atlanta, Georgia *see* AIDS—Medical research

Chairman and Vice-Chairman, decisions and statements *see* Procedure

Charitable organizations *see* AIDS—National charitable organization

Charter of Rights and Freedoms *see* AIDS—Blood; Spouses allowance program—Disqualified persons

Chartrand, Mr. Gilbert (PC—Verdun—Saint-Paul)

Procedure
 Agenda and procedure subcommittee, M. (Frith), 1:13
 Members, 1:9
 Organization meeting, 1:9, 13, 21, 27
 Questioning of witnesses, M. (Domm), amdt. (Mitchell), 1:27
 Quorum, M. (McCossan), amdt. (Frith), 1:21

Cheevers, Ms U.F. (Council on Pension Reform for Singles)
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 13:5, 9-16, 32

Chemicals *see* Meat

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper

Availability, 3:9-10; 7:7-8
 Committee study, 2:5-6, 9-11
 Report recommendations, applying, 18:12
 Report to House *see* Procedure—Reports to House
 Time frame, 10:5
 Consideration, 4:5-29; 5:5-32; 6:4-32; 7:6-39; 8:4-32; 9:6-125; 10:4-25; 11:3-5
 Shortcomings, 9:50-1
See also Orders of Reference; Reports to House

Child Benefit System

Application, families with/without children, 4:24
 Application, recognizing family diversities, 9:83-4, 86, 89, 119
 Benefits
 Combining with social assistance, 8:12
 Ideal, 8:11-2
 Increasing, provinces, use of funds, 7:8
 Increasing, stimulating birth rate, 9:90
 Low-income families, 4:9; 9:106
 Middle income family, 8:6
 Reductions, 8:6-7
 Restrictions, 8:5
 Supplementing family incomes above poverty line, 9:11, 15-6, 74-5
 Surtax, 6:18; 7:25
 Changes, 4:5-6
 Effects on poverty, 6:4
 Options, 5:11
 Provinces, effects, 4:10
 Provinces, revenues, options, 4:10-1
 Consolidating all programs, 5:9, 16-7, 19
 Demographic conditions, effects, 5:8; 9:85

Child Benefit System—Cont.

Expenditures

New Democratic Party, 4:25

See also Child Benefit System—Redistribution

Funding

Childless families contributing, 6:7; 9:74

Through pension reform, 9:13

Through tax reform, 5:16, 22; 6:7, 18-9; 7:12, 17-8, 33-4; 8:4-5, 10, 13; 9:10-1, 42, 68, 86

Funds, maintaining, 9:10, 14, 39-40, 68-9

Handicapped, additional needs, 9:36-7

Income, ceiling before tax break, determining, 7:14

Income means test, administration, costs, 5:29

Income means test, methods, difficulties, 5:30

Indexing, 4:24

Low-income families, needs, 7:9-10; 8:5

Middle income families, defining, 5:19, 21

Middle income families, impact, 5:9-10, 18, 22

New Democratic Party

Proposals, 6:6-9

See also Child Benefit System—Expenditures

Other countries, comparison, 9:9

Parents staying at home, supporting, 9:78-9

Redistribution, 4:8, 21; 5:17-8; 7:17-8; 8:12, 28-9; 9:57

Benefitting one-income or single-parent families, 8:6

Equalizing, family income level, number of children, consideration, 4:9, 25; 9:52-3, 58-9, 64

Expenditures, no increase, 4:9, 16-9

Funds recovered, redistributed/put in social assistance fund, 4:9-10, 13

Funds recovered, to daycare, 9:65

Low, middle income families, affecting, 8:4; 9:34-5

Options, 4:15-6, 19

Universality, 5:18-20, 23, 26-7, 31; 6:20-1; 9:8, 82

Cost effectiveness, 5:29

Universality/tax exemptions/credits, 8:22

Child tax credit

Administration costs/universal taxable, refundable family benefits, 7:28-9; 8:8-9

Application, family income level, turn around point

Determining, 8:17, 23-4, 29; 9:14, 22, 34-6, 39-40, 44-5, 68, 77

Net income, defining, not to include deductions, 9:36, 39

\$20,500 ceiling, 5:7-8; 8:6

\$30,000-\$40,000 ceiling, 8:7, 16-7; 10:9-10

Eliminating, 4:17; 8:8, 13-4

Converting to family assistance allowance, 8:14-5

Redistribution to family allowance, 5:28-9; 8:14-5

Enriching, 6:6-7, 19; 7:8, 12-3; 9:13-4, 76, 94

Family income, recognizing one/two income families, single parent families, number of children, 5:25-6

Indexing, 7:26; 18:18-9, 23-4

Maintaining, 9:9

Objective, 4:21; 5:7; 6:18; 9:53

Payments

Quarterly, monthly, etc., 4:10, 17-8; 5:20-1, 23, 27; 7:26; 8:9, 14-5; 9:23, 77, 81; 10:8, 14, 16-7, 24

Selective, mother/father, 7:29-30

Regressive, 10:7-8

Tax back, 9:45

Universal, refundable, 7:29

See also Child Benefit System—Universality; Child tax exemption—Eliminating; Family allowance—Eliminating**Child tax exemption**

Eliminating, 4:6, 18-20, 22-3; 5:7, 16; 7:8; 8:9; 9:9-10, 31-2, 61-2, 68, 76, 89, 93-4, 114; 10:8, 14

Child tax exemption—Cont.

Eliminating—Cont.

Converting to child tax credit, 4:6-7; 5:20-1; 6:6, 8, 19-20; 7:8, 26; 8:7, 16; 9:10, 19, 32, 39, 103, 109, 118, 120; 10:9-10

Converting to family allowance increases, 9:69, 72-3, 79, 109-10, 113, 117-8, 122

Effects

Low, middle income families, 10:15

Tax revenues to provinces, 5:25; 6:13-5; 8:7, 9, 12; 9:11, 15, 19

Youth over age 18, family allowance payments discontinued, 9:123-4

Revenues saved, redistribution, 5:8; 8:10; 9:46-8

Regressive, value, 4:7, 14, 23; 5:7-8, 13, 30; 9:18, 70, 114; 10:7, 14-5

Single/two parent families, one/two income families, differences, 4:7

See also Child Benefit System—Universality**Childbirth** *see* AIDS—Infectious process, Mother**Children**Child care *see* Income tax—Deductions and exemptions;

Pensions—Women

Conditions, poverty, 6:4-6; 8:6, 31-2; 9:92, 100, 116, 119

Alleviating, policy development, 9:97

Development programs, establishing, 2:38

Foster children, costs, 8:24-5

Government policy development, consultations, 9:99-100

Ministry, establishing, 9:96-7

Raising, recognizing, costs, etc., 5:15; 6:5; 7:31-2; 8:6, 11-2, 18, 24-5; 9:8, 74-5, 119

Sleepwear, flammability, health hazard, 19:23-5

See also AIDS; Daycare; Families; Family benefits; Sexually transmitted diseases**Children's services task force**, establishing, 25:30**Churches and religious organizations**

Members, tax exemptions, eliminating, 7:27

See also Families—Support**Civil rights** *see* AIDS—Children, Access to education—Reporting**Clayton, Dr. Alastair** (National Health and Welfare Department)Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:4, 12-32National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 22:4, 12-32**Clemens, Mr. David** (Individual presentation)Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 33:3-11, 14National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 33:3-11, 14

References, AIDS, personal experiences, 33:4-11, 14

CMHC *see* Canada Mortgage and Housing Corporation**Coaching programs** *see* Sports—Amateur**Coalition pour l'universalité**

Establishment, 9:108

See also Witnesses**Coins**, commemorative *see* Olympics**Combines Investigation Act**, amending, 19:5, 7, 20

Government consultation, advisory committee, 19:20-2

Comité SIDA-Aide Montreal

Operations, role, 33:13

See also Witnesses

Committee

Budget, presenting, 27:19-21

Travel *see* Reports to House

See also AIDS; *Child and Elderly Benefits*; Family benefits—Children—Recipients; Medical Research Council of Canada—25th anniversary; Orders of Reference; Procedure

Committees, Parliamentary *see* Pension Reform Special Committee

Common law spouse *see* Spouses allowance program—Spouse

Community health care services, para-professionals, use, 2:23-4

Confédération des syndicats nationaux *see* Witnesses

Construction industry *see* Housing—Rental—Social

Consumer and Corporate Affairs Department

Bureau of Consumer Affairs, role, 19:7

Bureau of Policy Co-ordination, role, 19:7

Combines Investigation and Competition Policy, 19:7

Estimates, 1984-1985, supplementary (B) *see* Orders of Reference

Estimates, 1985-1986, main, 19:4-29

See also Orders of Reference

Expenditures, 1985-1986, reduction, 19:6

Person-year requirements, 19:6

Programs, reduced use, 19:6

Revenues, increases, 19:6

Consumer protection, 19:6, 10-1

Budget, May 23/85 effects, 19:11-2

Consumers' Association of Canada, funding, 19:27-8

Copps, Ms Sheila (L—Hamilton East)

Canadian Home Ownership Stimulation Plan, cancellation, 1:49

Differential Interest Contribution Program, funding, 1:49-50

Housing

First-time home owners, 1:49

Home owners, assistance, 1:53

Social, 1:49, 51

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:33-7, 41-4, 48-53

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 30:11-4

National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 30:11-4

Procedure

Agenda and procedure subcommittee

M. (Ladouceur), amdt. (Finestone), 1:41-2

M. (Joncas), 30:11-3

Election of Chairman, M. (Young), 29:5

Estimates, 1:43-4

Members, 1:33-4

Organization meeting, 29:5

Questioning of witnesses, 1:52-3

Quorum, 1:35-7

Residential Rehabilitation Assistance Program

Budget cuts, 1:50

Regional designation, 1:50

Côté, Hon. Michel (PC—Langelier; Minister of Consumer and

Corporate Affairs and Canada Post)

Automobile Protection Association, funding, 19:28

Bankruptcies, protection from creditors, 19:18-20

Bankruptcy Act, amending, 19:5-6

Biotechnology, patent protection, 19:5

Canadian Patent Office, dismantling, 19:9-10, 16-8, 25-7

Children, sleepwear, flammability, 19:24

Combines Investigation Act, amending, 19:5, 7, 20-2

Côté, Hon. Michel—Cont.

Consumer and Corporate Affairs Department

Bureau of Consumer Affairs, 19:7

Bureau of Policy Co-ordination, 19:7

Combines Investigation Competition Policy, 19:7

Estimates, 1985-1986, main, 19:4-28

Expenditures, 19:6

Person-year requirements, 19:6

Programs, reduced use, 19:6

Revenues, 19:6

Consumer protection, 19:6

Budget, May 23/85 effects, 19:11-2

Consumers' Association of Canada, funding, 19:27-8

Drugs and pharmaceuticals, patent protection, 19:5, 8-9, 13-4

Patent Act, amending, 19:5

Standards Council of Canada, expenditures, 19:8

Tax Rebate Discounting Act, application, 19:22-3

Urea formaldehyde foam insulation

Assistance program, 19:8, 14-5

Health hazards, 19:15

Council on Pension Reform for Singles *see* Witnesses

Crime *see* AIDS—Legal, Transmitting; Sexually transmitted diseases—Transmitting

Davenport, Mrs. Cora (National Anti-Poverty Organization)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:3, 17, 24-7

Daycare

Commercial, 18:21-2

Expanding, 9:105-6

Funding, Canada Assistance Plan, 18:21

Need, 18:21-2

Program review, 2:20, 22

Task force, establishing, 18:21-2

Tax exemption, regressive, 9:107

See also Child Benefits System—Redistribution, Funds

Death *see* AIDS

Deficit *see* Economic conditions; Family benefits—Funds; Poverty; Social programs—Expenditures

Demographic conditions, effects, 7:28; 9:84-8

See also Child Benefit System; Pensions

Dental care *see* Native people

Dentists *see* AIDS—Public fear

Depo-Provera *see* Drugs and pharmaceuticals—Contraceptive drug

Derrick, Dr. John (Canadian Red Cross Society)

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*

AIDS, 27:3, 16-9, 22-7

National Health and Welfare Department Annual Report,

1983-1984, *re* AIDS, 27:3, 16-9, 22-7

Desrosiers, Mr. Edouard (PC—Hochelaga—Maisonnette)

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:6-7

Differential Interest Contribution Program

Expenditures, 1:46

Funding, reductions, 1:49-50, 54-6

Dioxin *see* Fisheries

Disability pensions

Inadequacies, 13:23-4

Obstacles report recommendations, 2:30-2

See also Canada Pension Plan; Guaranteed Income Supplement—Eligibility

Disabled and handicapped

Parliamentary Committee, establishing, proposing, 2:37-8
 See also AIDS—Victims; Child Benefit System; Pensions—Women

Diseases

Compulsory reporting, 31:17
 See also AIDS; Mononucleosis; Sexually transmitted diseases;
 Tuberculosis

Divorced persons see Spouses allowance program—Disqualified persons—Extending

Doctors

British Columbia, medicare billing subscription numbers, restricting, contravening Canada Health Act, 2:12-4
 Medical students, numbers, restricting, 2:12-3
 See also AIDS; Medicare

Documents see Appendices; Procedure

Dolmont, Mrs. Marcelle (Le Réseau d'action et d'information pour les femmes)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 7:3, 23-4, 28-38

Dominion Stores Ltd., breakup, investigation, 19:20

Domm, Mr. Bill (PC—Peterborough; Parliamentary Secretary to Minister of Consumer and Corporate Affairs and Canada Post)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:5
 Procedure

Agenda and procedure subcommittee
 M. (Frith), 1:12-3
 M., 5:5
 Organization meeting, 1:9, 12-3, 17, 22, 26-7, 31-2
 Questioning of witnesses, M., 1:26-7
 Quorum
 M. (McCrossan), 1:17
 Amdt. (Frith), 1:22
 M., 1:31-2

Drover, Dr. Glenn (Canadian Association of Social Workers)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 6:3, 18-30

Drugs and pharmaceuticals

Contraceptive drug Depo-Provera, safety, studies, 25:17-8
 Generic drug policy, 16:20-3, 28
 Patent protection, licensing, 19:5, 8-9
 Eastman report recommendations, 19:8-9, 12-4
 Pre-market evaluation, funding, 2:7, 16-7
 Quality, monitoring, 16:20-1
 See also AIDS—Treatment; Heroin

Drugs, non-medical use

Intravenous users see AIDS—High risk groups—Prostitutes
 Prevention, funding, 2:16

Duguay, Mr. Leo (PC—St. Boniface)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:28-30; 7:34-6; 9:12-3, 27, 33-4
 Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:38, 41, 64
 National Health and Welfare Department estimates
 1984-1985, supplementary (B), 2:14, 18, 28-9, 34, 37
 1985-1986, main, 18:8-11, 17, 19-20
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 20:23, 25
 Procedure
 Agenda and procedure subcommittee
 M. (Frith), 1:11-2
 M. (Ladouceur), amdt. (Finestone), 1:41
 M. (Mitchell), 3:17
 Briefs, 3:17

Duguay, Mr. Leo—Cont.

Procedure—Cont.
 Business meeting, 3:17
 Documents, M., 2:29
 Estimates, 2:34
 Meetings, 2:37
 Members, 1:9
 Organization meeting, 1:9, 11-2, 20, 28, 31
 Questioning of witnesses, M. (Domm), amdt. (Mitchell), 1:28
 Quorum, M. (McCrossan), amdt. (Frith), 1:20
 Witnesses, M., 1:31

Dulude, Ms Louise (National Action Committee on the Status of Women; Social Policy Reform Group)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:3, 6-16, 38-40, 42, 44, 46, 48
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 15:3, 5-16

Duplessis, Mrs. Suzanne (PC—Louis-Hébert)
 Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986, main, 17:19-20

Eastman Report see Drugs and pharmaceuticals—Patent protection

Economic conditions

Deficit, effects on health care and social services, 25:26-8
 See also Socio-economic conditions

Education

Post-secondary, transfer payments to provinces, cut-backs, 25:13-5
 See also AIDS; AIDS Centre, Vancouver; Fitness;
 Sports—Amateur; United States—AIDS

Edwards, Mr. Jim (PC—Edmonton South; Parliamentary Secretary to Minister of Communications)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 10:15-6
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, re AIDS, 22:9-10
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, re AIDS, 22:9-10

Elderly

Adult day care, needs, 15:30
 Poverty, 7:30-1; 13:16, 23-4; 15:28
 Single persons, 15:27
 Women, 14:119
 Treatment by society, health care workers, 15:33-5
 See also Family benefits—Children; Homemakers—Care of elderly;
 Housing; Pensions—Women; Social security

Elderly benefit program

Changes, 4:5, 12-3, 26
 Proposals, 9:7-8
 Scheduling, 4:27-8

Elderly benefits see *Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, Family benefits; Income tax

Employees see AIDS—Blood; Bankruptcies

Employment see AIDS—Legal—Victims, Social treatment; Job creation; Olympics; Spouses allowance program—Extending to widowed, single, divorced persons, Effects

England see Sexually transmitted diseases

Epidemics see AIDS

Epp, Mr. Ernie (NDP—Thunder Bay—Nipigon)

Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986, main, 17:9-11, 13, 17-9, 22-3
 Olympics, 1988 winter games, boycotts, 17:10-1

Epp, Mr. Ernie—Cont.

- Procedure
 - Members, 1:9
 - Organization meeting, 1:9, 25:7
 - Questioning of witnesses, 1:25
 - M. (Domm), 1:27
- Sports
 - Alcohol, tobacco sponsorship, 17:17-8
 - Amateur, 17:10, 17-9
 - International, multi-sports events, 17:23

Epp, Hon. Jake (PC—Provencher; Minister of National Health and Welfare)

- Acid rain, funding, 25:6
- AIDS
 - Committee study, 22:5
 - Diagnosis, 22:8
 - Federal-provincial collaboration, 22:8
 - Information, 22:7-8
 - Medical research, 22:8-10; 25:25
 - Numbers, 22:9
 - Prevention, 22:7
 - Treatment, 22:7-8
- Blood supply, diagnostic tests, screening, 16:17-20
- Building Maintenance Program, laboratory facilities, 25:6, 21-2
- Canada Assistance Plan
 - Expenditures, 2:6, 26-7
 - Federal-provincial fiscal arrangements, 2:28-9
 - Federal-provincial payments, 18:14-5, 19
 - Provinces interpretation, 2:22
 - Review, 18:13-4
- Canada Health Act, government position, 16:13
- Canada Mortgage and Housing Corporation, rental units, 12:16
- Canada Pension Plan
 - Disability pensions, 2:32, 36
 - Eligibility age, 18:29, 31
 - Fund, 18:10-1
 - Homemakers, 25:16, 24
 - Intergenerational transfer, 18:30
 - Premiums, 18:15-6, 30; 25:24
 - Program changes, 2:15
 - Revising, 25:23-4
- Canada Winter Games, 1987, funding, 25:7
- Canadian Cancer Society, Steve Fonyo fund, 25:6, 19-20
- Canadian Red Cross Society, 25:6, 19-20
- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 2:5-6, 10-1; 4:4-14, 16-29
- Child Benefit System
 - Application, 4:24
 - Benefits, 4:8-10, 16-7, 19, 21; 18:7
 - Changes, 4:5-6, 10-1
 - Expenditures, 4:25
 - Indexing, 4:24
- Child tax credit
 - Indexing, 18:18-9, 23-4
 - Objective, 4:21
 - Payments, 4:10, 17-8
- Child tax exemptions
 - Eliminating, 4:6-7, 20, 23
 - Regressive, 4:7, 14
- Children's services task force, establishing, 25:30
- Community health care services, para-professionals, use, 2:24
- Daycare
 - Commercial, 18:22
 - Need, 18:21-2
 - Program review, 2:22
 - Task force, establishing, 18:22
- Disability pensions, *Obstacles* report, 2:32

Epp, Hon. Jake—Cont.

- Disabled and handicapped, Parliamentary Committee, establishing, 2:37-8
- Doctors
 - British Columbia, medicare billing subscription numbers, 2:13-4
 - Medical students, 2:13
- Drugs and pharmaceuticals
 - Contraceptive drug Depo-Provera, 25:17-8
 - Generic drug policy, 16:20-3, 28
 - Pre-market evaluation, 2:7, 17
- Economic conditions, deficit, 25:27-8
- Education, post-secondary, 25:14-5
- Elderly benefit program
 - Changes, 4:5
 - Proposals, 4:27-8
- Established programs financing, 2:29
- Federal-provincial payments, 18:19-20
- Provincial payments, 18:20-1
- Family allowance
 - Payments, 2:6, 14; 4:7-8; 16:9
 - Two-income families, 4:25
 - Universality, 4:6
- Family benefits
 - Funds, 2:12
 - Review, 18:23-5
 - Universality, 18:21-2
- Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contribution Act, payments, 2:6
- Fitness and Amateur Sports Program
 - Expenditures, 2:8; 25:17
 - Funding, 25:7
- Food banks, Canada Assistance Plan funding, 2:20, 22
- Guaranteed Income Supplement
 - Eligibility age, 12:20
 - Expenditures, 2:6-7
 - Funding, 2:16
 - Indexing, 18:5
 - Maintaining, 4:6
 - Universality, 2:21
- Health care, Northern Ontario, 2:25
- Health care, transfer payments, 16:8; 25:14
- Health Protection Program, renovation and construction programs, 16:10-1
- Health Services and Promotion Program, objectives, 16:9, 24
- Heroin, therapeutic use, 2:17, 31
- Hospital services, funding, 25:17
- Impaired driving, countermeasures, 16:35
- Income, guaranteed, 2:22
- Indian and Inuit Professional Health Careers Development Program, objectives, 16:10
- International Youth Year (1985), government response, 2:34-5
- John P. Robarts Research Institute, funding, 25:6, 17, 19, 21
- Medical Research Council of Canada
 - Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:5-11
 - Centres of excellence, 16:26
 - Expenditures, 16:11
 - Funding, 2:24
 - 25th anniversary, 22:5
- Medical Services Program, funding, 25:6, 19
- Medicare, doctors extra-billing, 16:14, 16-7, 31-2, 36-7
- Medicare, transfer payments to provinces, 25:9-13
- National Advisory Committee on AIDS, establishment, 22:7
- National biotechnology strategy, funding, 25:6
- National Health and Welfare Department
 - Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 22:5-11

Epp, Hon. Jake—Cont.National Health and Welfare Department—*Cont.*

- Estimates
 - 1984-1985, supplementary (B), 2:3, 5-8, 10-22, 24-9, 31-8
 - 1985-1986, main, 16:4, 8-14, 16-26, 28, 31-7; 18:4-27, 29-31
 - 1985-1986, supplementary (B), 25:6-25, 27-8, 30-1
- Expenditures, 16:8, 9; 25:27-8
- Health and Social Services, 2:7
- Health Protection Program, 2:7
- Income Security Program, 2:7
- Medical Services Program, 2:7, 17
- National Native Alcohol and Drug Abuse Program, funding, 16:9, 28
- Native people, water supply and treatment, Nelson House, Man., 25:8
- Old Age Security
 - Expenditures, 2:6, 14
 - Indexing, 18:5, 17-8
 - Payments, 16:9
 - Review, 2:36
 - Universality, 2:21
- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:4, 6-20, 22-3; 20:10, 17, 20-7
- Olympics, 1988 winter games, federal funding, 16:9; 25:7
- Pension Benefits Standards Act, amending, 18:16
- Pension reform, 4:12-3, 28
 - Federal-provincial meetings, 4:25-8
 - Income security, 2:14-5
 - Public/private plans, 18:9-10
- Pension Reform Special Committee (1st Sess., 32nd Parl.) report recommendations, 2:15, 36; 18:9
- Pensions
 - Indexing, 18:6, 12-3
 - Mandatory, 18:16
 - United Kingdom recipients, 2:31-2
 - Women, 2:32-3
- Procedure
 - Bills, 20:10, 17, 24, 26
 - Documents, 22:6-7
 - M. (Rompkey), 2:29
- Public service, health services, 16:9-10
- Social programs
 - Expenditures, 2:20-1; 18:7; 25:14
 - Universality, 4:16; 12:19
- Social security
 - Equalization payments, 18:7-8
 - Intergenerational pact, 4:21-2
 - Reform, 16:11
 - Transfer payments, 16:9
- Spouses allowance program, age 60-64
 - Disqualified persons, 12:10-2
 - Eligibility, 4:6
 - Extending, 12:6-7, 13; 16:11; 20:22-3
 - Funding, 12:19
 - Payments, 2:6-7, 14
 - Restrictions, 12:7
 - Spouse, definition, 12:8
 - Tax back rate, 12:20
- Tobacco farming, alternate cropping, 16:33
- Welfare, recipients, numbers, 25:13, 30
- Women
 - Family violence victims, 18:26-7
 - Health care, 2:25
- Young Offenders Program, expenditures, 16:9

Established programs financing, 2:29

- Federal-provincial payments, breakdown, 18:19-20
- Provincial payments, fund-raising formula, 18:20-1

Estimates *see* Consumer and Corporate Affairs Department; External Affairs Department; Fitness and Amateur Sport Ministry of State; Labour Department; National Health and Welfare Department

Euthanasia *see* AIDS

External Affairs Department estimates, 1985-1986, main *see* Orders of Reference

Extra billing *see* Medicare

Families

- Birth rate decline, effects
 - Immigration policy, 9:99
 - Parents' roles, etc., 9:90-1
- Importance, 8:19; 9:93
- Middle income, tax burden, 7:11
- Nuclear families, importance, 5:26
- Parents
 - Full-time, acceptability, financial incentive, 8:20
 - See also* Families—Birth rate
- Poverty, 5:12; 6:5; 8:32; 9:67-8
 - Provincial role, 6:5
- Single parents, needs, 8:24
- Single parents, numbers, conditions, 6:5
- Support, government/individuals/volunteer agencies/churches, 7:15-6; 9:56-7
- Taxation system supporting families with children, 7:10-1
- Two-income families, tax discrimination, 9:77
- Welfare, conditions, numbers, 9:23-5, 82
- Welfare, inadequacies, 5:16
- Women, choice to remain at home, social, financial ability, 8:20-1, 24-6, 28, 30-1
- Women, role, 8:20
- See also* Child Benefit System; Child tax credit; Child tax exemption; Income tax—Deductions and exemptions—Family income; Pensions—Women; Social security; Spouses tax exemption—Transferring

Family allowance

- Background, 6:24
- Eliminating, directing funds to child tax credit, 5:26-7
- Expenditures, reductions, 2:6, 14; 5:8
- Maintaining, 6:6, 24-5; 7:8, 26, 31; 8:7; 9:10, 13, 18-9, 24, 39, 77, 79-80, 116
- Objectives, 5:7, 9; 9:98-9, 103
- Payments, 16:9
 - Claiming for tax purposes, 4:7-8
 - Single/two-parent families, one/two-income families, differences, 4:7-8
 - Spouse, determining claimant, choice, 5:24-5
- Inadequate, 9:115
- Increasing, 6:20, 24; 8:8; 9:9, 72-3, 76, 111, 118-9
- Indexing, 5:7; 8:7; 18:23-4
- Subject to income means testing, 9:62-3
- Surtax, 5:19-20, 22-3; 7:13-4; 9:19-20, 106-7, 122-3; 10:9
- Quebec, 7:88
- Recipient
 - Mother, 9:98-100, 103
 - Parent, determining, lower income parent/non-sexist basis, 8:8-10; 9:11-2
- Recipients, responsibility, 9:98
- Two-income families receiving, numbers, 4:25
- Universality, 4:6; 5:7-8; 6:23-4; 7:13, 24; 9:74, 93, 101-66; 10:9
- See also* Child tax credit—Eliminating; Child tax exemption—Eliminating, Effects

Family assistance allowance, establishing, 8:7-9

See also Child tax credit—Eliminating

Family benefits

- Budget, May 23/85 impact, 18:24
- Children, elderly, government position paper *see Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*
- Elderly benefits, pensions, priorities, comparison, 7:24-5
- Funding, income tax increases necessary, 6:18-9
- Funds, redistribution, federal deficit, impact, 2:8-9, 12, 28; 18:24-5
- Importance, 5:9-12
- Increases, used against welfare, social assistance, 6:25
- Indexing, 18:23-4
- Jurisdiction, federal, 9:59
- Recipients, income breakdown, analysis, Committee requesting, 7:21-2
- Review, federal policy analysis, consultation, 18:22-4
- Review, task force, establishing, 6:16-7
- Universality, 2:11, 19, 21-2
- Value, family income factor, 10:7
- See also* Child tax credit—Administration; Pensions—Reforming; Social security—Funds

Family Service Canada

- Membership, 9:67
- See also* Witnesses

Family violence

- Causes, 5:12
- See also* Women

Farming *see* Tobacco**Federal Internal Energy Program, expenditures, 1:47****Federal-provincial fiscal arrangements**

- Transfer payments *see* Transfer payments to provinces
- See also* Canada Assistance Plan; Established programs financing

Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary

- Education and Health Contribution Act, payments
- Expenditures, 2:6
- Extended Health Care Services, 2:6
- Insured Health Services, 2:6

Fédération de l'âge d'or du Québec

- Publications, monthly periodical, circulation, 14:27
- Role, 14:16, 19-20
- See also* Witnesses

Finestone, Mrs. Sheila (L—Mount Royal)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 4:20-5; 7:9-11, 20, 22, 24, 28-31, 37-9; 8:20-3, 30-1; 9:35-8, 40-1, 51-4, 62-4, 91, 94-6, 100-1, 104-5, 111, 116-8, 123
- Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:40, 43, 45, 48, 65-7
- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 13:29-31; 15:13-4, 21, 24, 32, 34-5
- Procedure
 - Advertising for submissions, 3:8-9
 - Agenda and procedure subcommittee, 1:10
 - M. (Frith), 1:11-2, 15
 - M. (Ladouceur), 1:43
 - Amdt., 1:40
 - M. (Mitchell), 3:8-9, 12-4, 16
 - Briefs, 1:45; 3:12; 7:38
 - Business meeting, 3:7-9, 12-4, 16
 - Documents, 7:24
 - Meetings, 3:13
 - Members, 1:9
 - Organization meeting, 1:9-12, 15, 18
 - Printing, M., 1:15
 - Quorum, 1:40

Finestone, Mrs. Sheila—Cont.

- Procedure—Cont.
- Quorum—Cont.
- M. (McCossan), 1:18
- Reports to House, 3:9

Fisheries, Great Lakes, dioxin contamination, health hazards, 2:30-1**Fitness**

- Funding, corporate/government, 17:5-6
- National Physical Activity Week and Participation, May 1985, 17:22-3
- Promotion, workplace, 17:15
- Support, education programs, etc., 17:10-2

Fitness and Amateur Sport Ministry of State

- Estimates, 1985-1986, main, 17:4-24
- Expenditures, decrease, 17:23
- Programs, 17:5

Fitness and Amateur Sports Program

- Expenditures, 2:8; 25:17
- Funding, 25:7

Flichel, Mr. Eugene A. (Canada Mortgage and Housing Corporation)

- Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:5, 58-9

Fonyo, Steve *see* Steve Fonyo Fund**Food banks, Canada Assistance Plan funding, 2:20, 22-3****Fortin, Mr. Maurice (Fédération de l'âge d'or du Québec)**

- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3, 25

Foster children *see* Children**France *see* AIDS—Treatment, Cyclosporin****Fraser, Ms Doreen (Canadian Pensioners Concerned Inc.)**

- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 15:3, 25-35

Frerichs, Rev. Eilert (National Working Group on the Economy and Poverty, United Church of Canada)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 7:3, 8-14, 16-20

Friesen, Mr. Benno (PC—Surrey—White Rock—North Delta)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 7:14, 18-20

Frith, Hon. Douglas C. (L—Sudbury)**AIDS**

- Blood, screening, 22:22
- Central Africa, 22:21
- Committee study, 21:10-1
- Library of Parliament study, 21:11
- Medical research, 21:11; 23:15, 19
- Numbers, 22:18, 20-1
- Origins, 23:15
- Prostitutes, 23:26-7
- Public fear, 21:10-1; 22:23
- Treatment, 22:26
- Canada Pension Plan
 - Disability pensions, 2:35-6; 25:15, 23
 - Eligibility, 25:15
 - Homemakers, 25:14-5
 - Intergenerational transfer, 6:29-30
 - Revising, 25:22-4

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 2:9-10; 5:10-3, 21-2, 30; 6:9-12, 16-7, 21-3, 29-30; 8:11, 13-6; 9:21-3, 30-1, 38, 72-3, 86-7; 10:11-3, 20-1, 25

Child Benefit System

- Benefits, 18:6

Frith, Hon. Douglas C.—Cont.

- Child Benefit System—*Cont.*
 - Funding, 5:22
 - Middle income families, 5:10, 21-2
- Child tax credit
 - Application, 9:22
 - Eliminating, 8:13-5
 - Payments, 8:14; 9:23
- Child tax exemption
 - Eliminating, 9:72
 - Regressive, 5:13
- Demographic conditions, effects, 9:86-7
- Doctors
 - British Columbia, medicare billing subscription numbers, 2:12-4
 - Medical students, 2:12
- Family allowance, payments, 9:72
- Family benefits, funds, 2:9
- Health care, accessibility, 16:15
- Income tax
 - Deductions and exemptions, 6:21
 - Inequities, 6:10
 - Reform, 6:10-3; 9:72; 10:11-2, 20
- Medical Research Council of Canada
 - Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:10, 18, 20-3, 25-6; 23:10, 15, 19, 26-8
 - 25th anniversary, M. (White), 21:7
 - Amdt., 21:10
 - Amdt. (Redway), 21:10
- Medicare
 - Doctors, extra-billing, 16:13-5, 30-2
 - Transfer payments, 25:9, 13
- National Health and Welfare Department
 - Annual Report, 1983-1984, 21:7-11
 - AIDS, 22:10, 18, 20-3, 25-6; 23:10, 15, 19, 26-8
- Estimates
 - 1984-1985, supplementary (B), 2:8-9, 12-4, 31, 33-7
 - 1985-1986, main, 16:13-6, 27-32, 37; 18:5-7
 - 1985-1986, supplementary (B), 25:7-10, 13-6, 22-4
- Native people, water supply, 25:7-9
- Old Age Security
 - Indexing, 18:5
 - Review, 2:35-6
- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:6, 8-10
- Pension reform, federal-provincial meetings, 2:35-7
- Procedure
 - Agenda and procedure subcommittee, 1:10-1
 - M., 1:11, 13-4
 - Correspondence, 21:10
 - Estimates, 2:33
 - Organization meeting, 1:9, 11, 13-4, 16, 18-23
 - Questioning of witnesses, 16:29
 - Quorum, M. (McCrossan), 1:16-9, 23
 - Amdt., 1:19-22
 - Travel, M. (White), 21:7
 - Amdt. (Redway), 21:8-9
 - Amdt., 21:10
 - Witnesses, 10:25
- Registered Retirement Savings Plans, tax inequities, 9:30
- Social security
 - Expenditures, 18:7
 - Federal-provincial co-operation, 9:22; 10:21
 - Payments, 6:10
 - Social insurance principles, 6:23
- Spouses allowance program, disqualified persons, 12:9
- Spouses tax exemption
 - Claimants, 9:72
 - Regressive, 5:13; 9:72

Frith, Hon. Douglas C.—Cont.

- Spouses tax exemption—*Cont.*
 - Single-parent families, 8:15-6
 - Transforming to tax credit, 10:13
 - Unemployment insurance, redesigning, 6:29
 - United States, AIDS, 21:11
 - United States, social security system, 5:11
 - Welfare, relinquishing, incentives, 6:22
- Gaughan, Mr. Gerry** (Family Service Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 67-9, 74
- Gauthier, Dr. Alain** (Schiller Institute)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 31:3, 18-27
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 31:3, 18-27
- Gill, Dr. Peter** (National Health and Welfare Department)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 23:3, 6-33
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 23:3, 6-33
- Gilmore, Dr. Norbert** (National Advisory Committee on AIDS)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 28:3-29
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 28:3-29
- Giroux, Ms Judy** (New Democratic Party)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 6:3, 11, 14
- GIS** *see* Guaranteed Income Supplement
- Gladman, Ms Betty-Ann** (Individual presentation)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 33:3, 14-24
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 33:3, 14-24
 References, AIDS, personal experiences, 33:14-24
- Glossop, Dr. Robert** (Vanier Institute for the Family)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 82-91
- Glynn, Dr. Peter** (National Health and Welfare Department)
 National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986
 Main, 16:4, 37
 Supplementary (B), 25:25-6, 29
- Gold, Dr. Phil** (Individual presentation)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 24:3, 5-24, 26-32
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 24:3, 5-24, 26-32
- Gold, Mrs. Yhetta** (National Advisory Council on Aging)
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3-10
- Goodier, Mrs. Margaret** (Real Women of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 8:3, 19-21, 24-8, 30-2
- Gormley, Mr. John** (PC—The Battlefords—Meadow Lake)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 30:16-20, 22
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 30:16-20, 22
- Government expenditures, reform**, 14:12-5
- Gowanlock, Ms Gweneth** (Social Policy Reform Group)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:3, 43, 48

Great Lakes *see* Fisheries

Guaranteed Income Supplement

- Earnings deducted, extending allowable limit, **15:26**, 29
- Eligibility age, lowering, **12:20**; **15:20**, 29
- Eligibility, Workers' Compensation Board benefits, disability pensions, including as income, **2:30**
- Eligible recipients, not applying/receiving, **9:20**
- Expenditures, **2:6-7**
- Funding, allocation, **2:15-6**; **13:156**
- Increasing, **9:8**; **12:15**; **13:10**; **15:27**
- Indexing, **18:5**, 17
- Maintaining, **4:6**
- Objectives, **13:15**
- Recipients, numbers, **7:34-5**
- Tax back, **9:65-6**; **12:21**
- Universality, **2:21**
- See also* Canada Mortgage and Housing Corporation—Rental units; Spouses allowance program—Old Age Security

Hagglund, Mr. Rodney (National Health and Welfare Department)
Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), **12:4**, 20-1

Haiti *see* AIDS—High risk groups

Halliday, Mr. Bruce (PC—Oxford; Chairman)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, **10:24**
- Committee, budget, **27:19-21**
- Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986, main, **19:12-4**
- Election as Chairman, **1:8**; **29:5**
- Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, **22:32**; **23:16-8**; **24:31-2**; **26:12**; **27:15-6**; **28:24-5**, 27-8; **29:14-6**; **33:10-2**, 22
- National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, **22:32**; **23:16-8**; **24:31-2**; **26:12**; **27:15-6**; **28:24-5**, 27-8; **29:14-6**; **33:10-2**, 22

Procedure

- Advertising for submissions, **3:9-12**
- Agenda and procedure subcommittee
- Membership, **1:10-1**; **10:25**
- M. (Frith), **1:11-5**

Reports

- First, **1:33**, 38
- M. (Ladouceur), **1:38**, 43
- Amdt. (Finestone), **1:41-3**
- Second, **3:6-8**
- M. (Mitchell), **3:8-19**
- Third, **5:5**
- M. (Domm), **5:5-6**
- Fourth, **7:6**, 22
- M. (Friesen), **7:22-3**
- Amdts. (Finestone), **7:22**
- Fifth, M. (Marin), **9:16**
- Sixth, M. (Marin), **9:16**
- Eighth, M. (McCrossan), **13:8**
- Tenth, M. (Marin), **23:5-6**
- Amdt. (Young), **23:6**
- Eleventh, **24:14**, 24-5
- M. (Young), **24:25-6**
- Amdt. (Marin), **24:26**

Role, **1:10**

Bills

- Amendments, **20:19-20**, 24
- Clauses, **20:16-8**
- Motions, M. (Malépart), **20:11-5**

Briefs

- Distribution, **1:45**
- Submitting, **3:11**, 13, 17; **28:5**

Halliday, Mr. Bruce—Cont.

Procedure—Cont.

Briefs—Cont.

- Taken as read, **14:17-8**
- Translating, **7:38**

Budget, M. (Browes), **27:20-1**

Business meeting, **3:6-19**

Documents

- Appending to minutes and evidence, **10:9**
- Availability, **7:20**
- Distribution, **7:24**
- Requesting, **23:29**
- Tabling, **22:6-7**

Election of Vice-Chairman

M. (Browes), **29:5**

In absentia, M. (Bertrand), **1:10**

Estimates

- Consideration, **1:44**
- Reporting to House without vote, **25:31**
- Scheduling, M. (Frith), **16:7**

Meetings

- Notice, **1:36**
- Scheduling, **3:13**; **9:124**; **12:23**; **24:25**
- M. (White), **16:7**

Members

- Appearing as witnesses, **3:14**, 17-8
- Introductions, **1:9**
- Status, **1:33-4**
- Substitution, **1:34**

Ministers, appearance before Committee, **16:6-7**

Orders of Reference, determining, **24:25**

Organization meeting, **1:8-33**; **29:5**

Printing minutes and evidence, M. (Finestone), **1:15**

Questioning of witnesses

Order, **1:48**, 63-4

Time limit, rotation by party, **1:23-6**, 30, 51-2; **9:37-8**; **16:29**

M. (Domm), **1:26-7**

Amdt. (Mitchell), **1:27-30**

Quorum

- Absence, **12:23**
- Composition, **1:15**, 35-7, 39
- M. (Domm), **1:31-2**

Meeting and receiving/printing evidence without, **1:15-6**, 39-40; **27:5**

M. (McCrossan), **1:16-9**, 23

Amdt. (Frith), **1:19-23**

Reports to House, deadline, **3:9**

Reports to House, drafting, **12:5**

Staff, **1:8-9**

Travel, **23:5**

Vice-Chairman, introduction, **1:33**

Votes in House, meeting, adjourning, **14:14-8**

Votes, recording, **1:15**

Witnesses

Appearance before Committee, **10:24-5**; **24:20**, 25-6

M. (White), **27:21-2**

Contacting, **9:124-5**

Expenses, **1:31**

M. (Duguay), **1:31**

Scheduling, **3:13-4**; **23:6**

Selection, **3:12**, 15

Spouses allowance program, age 60-64, extending, M. (Malépart), **20:11-5**

Hamelin, Mr. Charles (PC—Charlevoix; Vice-Chairman)

Election as Vice-Chairman, **29:5**

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, **22:10-2**; **29:11-3**; **31:18**, 26-7; **32:13-4**, 16

Hamelin, Mr. Charles—Cont.

National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 22:10-2; 29:11-3; 31:18, 26-7; 32:13-4, 16

Procedure

Agenda and procedure subcommittee, M. (Joncas), 30:11-3

Amdt. (Bertrand), 30:11

Organization meeting, 29:5

Handicapped *see* Disabled and handicapped**Harrison, Mr. Merv** (National Working Group on the Economy and Poverty, United Church of Canada)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 7:3, 6-9, 13-5, 17-8, 20-11

Hazardous products *see* Health hazards; PCBs**Health care**

Accessibility, 16:15

Northern Ontario, 2:24-5

Transfer payments to provinces, 16:8

Cut-backs, 25:13-4

See also AIDS—Treatment; Community health care; Economic conditions; Public Service; Women

Health care workers *see* AIDS; Elderly—Treatment**Health hazards** *see* Children—Sleepwear; Drugs and pharmaceuticals—Contraceptive drug; Fisheries; PCBs; Smoking; Urea formaldehyde foam insulation**Health Protection Program**, renovation and construction programs, 16:10-1**Health Services and Promotion Program**, objectives, funding, 16:9, 23-4**Heap, Mr. Dan** (NDP—Spadina)**Housing**

Co-operative, 1:59-63

Social, 1:62

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:34-6, 52, 59-63

Procedure

Estimates, 1:36

Meetings, 1:36

Members, 1:34-5

Questioning of witnesses, 1:52, 62

Hemophiliacs *see* AIDS—High risk groups**Hepatitis** *see* Blood supply**Herbal products**, distribution, labelling, 16:36**Heroin**, therapeutic use

Legislation, considering, 2:29-31

Studies, 2:16-7, 31

Higginson, Ms Joan (Ontario Social Development Council)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 8:3, 12-6, 18-9

Hockin, Mr. Tom (PC—London West)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 6:15-6, 27-9; 9:25-6, 32-3

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 24:18-21

National Health and Welfare Department

Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 24:18-21

Estimates, 1985-1986, main, 16:25-7

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:23, 27

Homemakers

Care of elderly, allowances, 15:29-30, 32

See also Canada Pension Plan; Pensions

Homosexuals *see* AIDS—High risk groups**Hospital for Sick Children**, Toronto *see* Witnesses**Hospitals**

Funding, task force study, 25:17

See also AIDS

Housing

Affordable, lack, 1:65

Co-operative

Non-profit, funding allocation, 1:59-63, 66-7

Numbers, 1:66-7

Multiple unit, single parent family homes, zoning restrictions, etc., 1:68, 70-1

Start-up funds, 1:62-3

Elderly, conditions, options, 14:23-7

Institution/homeliving, 14:27-8

First-time home owners, incentives, 1:49

Home owners, assistance, 1:53

Rental

Construction, assistance, 1:65

Shortage, federal-provincial supplements, 1:64-5

See also Canada Mortgage and Housing Corporation

Social

Construction, union labour, 1:67-8

Priorities, 1:69-70

Servicing, provincial, remuneration, 1:71-2

Unit allocation, funding cut-backs, 1:49, 51, 55-6, 62

See also AIDS—Victims, Social treatment

Human rights *see* AIDS—Victims**Hunsley, Mr. Terrence** (Canadian Council on Social Development)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 10:3, 5-13, 15-9, 21-4

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 13:5, 22-9, 32

Immigration *see* Families—Birth rate**Impaired driving**, countermeasures, 16:34-5**In camera meetings** *see* Procedure**Income**

Disparity, redistribution, 7:7, 11-2

Distribution, 9:17-8; 10:10, 13, 15-6

Guaranteed, 2:20, 22; 6:26; 7:18; 9:21; 10:11, 19; 14:10

See also Pensioners—Recipients

Real disposable income, decrease, 9:18

Security *see* Pension reform

See also Child Benefit System; Child tax credit; Child tax

exemption; Family allowance—Recipient; Family

benefits—Recipients—Value; Pensions—Restricting; Social security

Income security programs, 7:7, 9; 10:7, 13; 13:24, 27

Reviewing, 9:21; 10:6

Income tax

Charitable donations *see* Sports—Amateur, Funds

Corporate *see* Job creation

Credits *see* Child tax credit; Income tax—Deductions and

exemptions, Converting; Spouses tax exemption—Transforming

Deductions and exemptions

Age and pension income exemption, 9:77; 10:16

Age exemption, application to spouse, 7:37

Age exemption, government lost revenues, 9:8

Income tax—Cont.**Deductions and exemptions—Cont.**

Child care expenses, 9:71

Converting to tax credits, 6:20-2; 10:14, 20

Family related expenditures, reviewing, 9:71

Interest earnings, increasing allowable limit, 15:29

Regressive, reforming, 9:20-1, 70, 85, 114

See also Child tax exemption; Churches; Daycare; Family benefits—Funding; Spouses tax exemption

Elderly benefits, regressive, reform, 9:20

Family income below poverty level, 8:8; 9:7

Inequities, 9:59-60, 120

Persons earning over \$50,000, 20% minimum tax proposal, 6:7-8, 10, 13-6; 7:12-3; 8:8, 10, 13, 26; 9:42, 106; 13:25-6; 14:12

Reform, 6:11, 13; 7:13; 9:23, 43, 72, 81-2

Increased revenues to pensions, 14:5-6, 12

Increased revenues to social programs, job creation programs, effects, 6:8-12; 7:12-3; 8:16; 9:54-5

Marginal tax rate, 6:8, 11; 7:12; 8:13, 26; 9:42; 10:17, 20-1

Provincial participation, 10:11-2

Simplifying, 10:18-20

See also Child Benefit System—Funding

Surtax/tax back *see* Child Benefit System—Benefits; Child tax credit; Family allowance—Payments; Guaranteed Income Supplement; Old Age Security; Pensions; Social security—Payments; Spouses allowance program

Tax expenditures

Cost, 9:28, 33-4

Regressive, 9:30

System review, 9:20-1, 27

Taxes not collected, 14:6, 15

Tax rebate discounting companies, adverse effects on poor, prohibiting, 9:19, 25-6, 40-1

See also Child Benefit System—Income; Families—Two-income; Registered Retirement Savings Plans; Social programs—Reform—Universality; Spouses allowance program—Funding

Indexing *see* Social security**Indian and Inuit Professional Health Careers Development Program, objectives, 16:10****Indian bands *see* National Health and Welfare Department—Medical Services Program****Industry**

Automation, profits to pensions, 15:32

See also Medical Research Council of Canada—University

Inmates *see* AIDS**Insurance**

Application, personal information, confidentiality, reporting, etc., 30:10, 13-4, 21-4

Sexual orientation, 30:13-4

United States comparison, 30:24-5

Availability, 30:8

Medical tests, high risk groups, criteria, etc., 30:14, 18-9, 21, 25-6

Premiums, investment, etc., 30:15-6

Rates, high risk groups, 30:9

Role, nature, 30:6-7

See also AIDS

International Youth Year (1985), government response, 2:34-5**Jardine, Mr. W.R. Bud (PC—Northumberland—Miramichi)**

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 31:16-8, 24-6

Jardine, Mr. W.R. Bud—Cont.

National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 31:16-8, 24-6

Jelinek, Hon. Otto (PC—Halton; Minister of State (Fitness and Amateur Sport); Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Minister of State (Multiculturalism))**Fitness**

Funding, 17:5-6

National Physical Activity Week and Participation, 17:22-3

Promotion, 17:15

Support, 17:11-2

Fitness and Amateur Sport Ministry of State

Estimates, 1985-1986, main, 17:4-9, 11-24

Expenditures, 17:23

Programs, 17:5

Olympics, 1988 winter games, Calgary

Boycotts, 17:11

Commemorative coin, 17:14

Economic impact, 17:6

Employment, 17:6

Facilities, 17:19-20

Federal funding, 17:6, 14

Funding, 17:13

Olympic Endowment Fund, 17:6

Provincial funding, 17:8-9

Sports

Alcohol, tobacco sponsorship, policy, 17:14-5, 20-1

Amateur, 17:5, 9, 12-3, 18, 21-2

International multi-sports events, 17:23

National Soccer Team, 17:7-8, 16

Professional/amateur, 17:12

Jérôme-Forget, Dr. M. (National Health and Welfare Department)

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, main, 16:4, 34

Job creation programs

Government expenditures/corporate tax incentives, effects, 6:14

See also Canada Pension Plan—Fund; Income tax—Reform

John P. Robarts Research Institute, funding, 25:6, 17, 19, 21**Johnston, Mr. Patrick (National Anti-Poverty Organization; Social Policy Reform Group)**

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:3, 17-23, 25-7, 41, 43, 46-8

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 15:3, 16-25

Justice *see* AIDS—Legal**Kindy, Mr. Alex (PC—Calgary East)**

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:26-8

Kirkwood, Mr. D. (National Health and Welfare Department)

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:4, 29

Labelling *see* Packaging and labelling**Laboratory Centre for Disease Control *see* National Health and Welfare Department****Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:33-72**

See also Orders of Reference

Labour force

Social benefits, demands, negotiations, 9:63

Working conditions *see* AIDS—Victims/patients

Workplace *see* Fitness—Promotion

- Labour unions** *see* Canada Mortgage and Housing Corporation—Employees; Housing—Social, Construction
- Ladouceur, Mr. Fernand** (PC—Labelle)
 Procedure, members, 1:9
 Procedure, organization meeting, 1:9
- Lapalm, Mr. Marcel** (Association Québécoise des droits des retraités(es) et des préretraités(es))
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 13:5, 16-7, 20, 22, 29-32
- LeBlanc, Mrs. Rose Aimée** (Fédération de l'âge d'or du Quebec)
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3, 16-25
- Lesaux, Mr. Peter B.** (National Health and Welfare Department)
 Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986, main, 17:3, 18-9
- Lesick, Mr. William G.** (PC—Edmonton East)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:5, 30-1
 Medical Research Council of Canada
 Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:9, 30-2; 23:22, 30-2; 24:22-4; 26:12-3, 16, 27; 27:11-3, 21-2; 28:21-2; 30:14-6, 21; 32:18-20
 25th anniversary, M. (White), 21:8
 Amdt. (Redway), 21:8
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, 21:8
 AIDS, 22:9, 30-2; 23:22, 30-2; 24:22-4; 26:12-3, 16, 27; 27:11-3, 21-2; 28:21-2; 30:14-6, 21; 32:18-20
 Procedure
 Agenda and procedure subcommittee, M. (Domm), 5:5
 Travel, M. (White), 21:7
 Amdt. (Redway), 21:8
 Witnesses, M. (White), 27:21-2
- Library of Parliament** study *see* AIDS
- Liston, Dr. A.J.** (National Health and Welfare Department)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:4, 26, 29
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 22:4, 26, 29
 National Health and Welfare Department estimates
 1984-1985, supplementary (B), 2:3, 18-9, 31
 1985-1986, main, 16:4, 20-1, 26-7
 1985-1986, supplementary (B), 25:4, 18, 26
- Lotteries** *see* Sports—Amateur, Funding; Sports Pool and Loto Canada Winding-Up Act (Bill C-2)
- Lyngseth, Mr. D.M.** (National Health and Welfare Department)
 National Health and Welfare Department estimates
 1985-1986, main, 18:3, 10-1
 1985-1986, supplementary (B), 25:4, 19
- MacGee, Mrs. Margaret** (National Council of Women of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 75-7, 80-2
- Mâitre, Mr. Manuel** (Fédération de l'âge d'or du Quebec)
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3, 22, 27-8
- Malépart, Mr. Jean-Claude** (L—Montreal—Sainte-Marie)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 4:12-5, 22-3, 26-8
 National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, main, 18:17-8, 23-5, 27-9, 31
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:10-2, 18-9, 21-2; 13:13, 20, 25-6; 14:8-9, 11-3, 17-21, 23-4, 27; 15:7-9, 15-6, 20-1, 32; 20:10-2, 16-28
 Procedure
 Bills, 20:16-7
 M., 20:10-2, 16
- Malépart, Mr. Jean-Claude—Cont.**
 Spouses allowance program, age 60 to 64, extending, M., 20:10-2, 16
- Mantha, Mr. Moe** (PC—Nipissing)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:26, 59-61; 10:16-9, 22-3
 Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:36, 39-40
 Procedure
 Agenda and procedure subcommittee, M. (Frith), 1:14
 Members, 1:9
 Organization meeting, 1:9, 14, 18, 22-3, 31
 Quorum, 1:39-40
 M. (McCossan), 1:18
 Amdt. (Frith), 1:22
- Marchi, Mr. Sergio** (L—York West)
 Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986, main, 17:6-7, 9, 11, 14-6, 21-2
 Sports
 Alcohol, tobacco sponsorship, 17:15-6
 Amateur, 17:7, 9, 16, 21
 National Soccer Team, 17:7, 15
- Margolesee, Ms Ellen** (Comité SIDA-Aide Montreal)
 Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 33:3, 12-4, 21-2
 National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 33:3, 12-4, 21-2
- Marin, Mr. Charles-Eugène** (PC—Gaspé; Vice-Chairman)
 Election as Vice-Chairman, 1:9-10
 Fitness and Amateur Sport Ministry of State estimates, 1985-1986, main, 17:13-4, 20-1
 Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:41-2
 Medical Research Council of Canada
 Annual Report, 1984-1985, 21:7-8, 10, 12-3
 AIDS, 23:6, 25, 32; 24:26; 28:4-5, 22-4, 28-9
 25th anniversary, 21:7, 10
 M. (White), 21:7, 10
 Amdt. (Redway), 21:7-8, 10
 Amdt. (Frith), 21:10
 National Health and Welfare Department
 Annual Report, 1983-1984, 21:7-8, 10, 12-3
 AIDS, 23:6, 25, 32; 24:26; 28:4-5, 22-4, 28-9
 Estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:21, 26
 Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:9; 20:16, 18
 Procedure
 Agenda and procedure subcommittee
 M. (Ladouceur), amdt. (Finestone), 1:41-2
 M. (Redway), 21:7
 M. (Reid), 21:13
 M., amdt. (Young), 23:6
 M. (Young), amdt., 24:26
 Bills, 20:16
 Briefs, 28:5
 Correspondence, 21:10
 Estimates, 2:33-4
 Meetings, 2:37
 Minister, M. (Redway), 21:13
 Travel, 21:7
 M. (White), 21:7, 10
 Amdt. (Redway), 21:7-8, 10
 Amdt. (Frith), 21:10
 Witnesses, 23:6

Married persons *see* Old Age Security; Spouses allowance program—Eligibility—Extending

Martin, Ms Cathy (New Democratic Party)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 6:3, 12

Martin, Mr. Richard (Canadian Labour Congress)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:3, 49-52, 55-7, 60-3, 65

McCrossan, Mr. W. Paul (PC—York-Scarborough)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:17-21, 24-6; 7:17-8; 8:16-8; 9:13-6, 26, 34-5, 37-8, 44-7, 58-9, 64-6, 88-9
Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986, main, 19:18-20, 23-5
Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:56-9
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 26:6-7, 9, 13-4, 25-6, 28; 32:16-7
National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 26:6-7, 9, 13-4, 25-6, 28; 32:16-7
Estimates, 1985-1986, main, 16:7, 17-20, 29, 32-6
Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:5, 16, 20-1, 23; 13:14, 22, 26-7

Procedure

Agenda and procedure subcommittee, M. (Mitchell), 3:12-3, 15-6, 18-9
Business meeting, 3:12-3, 15-6, 18-9
Meetings, 3:13
Members, 1:9; 3:15-6, 18-9
Organization meeting, 1:9, 16, 19, 27-9
Questioning of witnesses, 9:37-8
M. (Domm), 1:27
Amdt. (Mitchell), 1:28-9
Quorum, 12:23
M., 1:16
Amdt. (Frith), 1:19
Reports to House, 12:5
Witnesses, 3:12-3

McFarlane, Mr. J. Donald (Canadian Life and Health Insurance Association)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 30:3, 13-9, 21-2, 24-5
National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 30:3, 13-9, 21-2, 24-5

McInnis, Mr. Lyman (Real Women of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 8:3, 22-4, 26, 28-30, 32

McKnight, Hon. Bill (PC—Kindersley—Lloydminster; Minister of Labour)
Canada Home Renovation Plan, expenditures, 1:47
Canada Mortgage and Housing Corporation
Employees, 1:64
Expenditures, 1:46
Land development, 1:47-8
Canadian Home Ownership Stimulation Plan, expenditures, 1:46
Differential Interest Contribution Program
Expenditures, 1:46
Funding, 1:54
Federal Internal Energy Program, expenditures, 1:47
Housing
Affordable, 1:65
Co-operative, 1:60-3, 66-7, 70, 72
Rental, 1:65
Social, 1:62, 70-2

McKnight, Hon. Bill—Cont.

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:5, 45-8, 53-67, 69-72
Mortgage Insurance Fund
Losses, 1:47, 59
Premium structure, 1:56-8
Procedure, briefs, 1:45
Public Housing Program, expenditures, 1:46
Registered Home Ownership Savings Plan, financial return, 1:53
Residential Rehabilitation Assistance Program
Budget cuts, 1:69
Eligibility, 1:55, 70
Expenditures, 1:46-7
Funding, 1:54
Regional designation, 1:54
Urban Renewal Program, assistance, 1:47
Women, family violence victims, 1:66

Meat, chemical preservatives, research, 2:18-9

Media *see* AIDS—Information

Medical research *see* AIDS; Blood supply; Native people—Dental care; United States—AIDS

Medical Research Council of Canada

Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 22:5-33; 23:5-34; 24:5-33; 26:4-29; 27:5-27; 28:4-29; 29:5-17; 30:5-26; 31:4-27; 32:4-24; 33:4-24
See also Orders of Reference
Centres of excellence, developing, 16:26
Expenditures, 1985-1986, 16:11-2
Funding, 2:23-4
Implications, 16:25-6
Training, clinician scientists, 16:12
University-industry liaison policy, 16:12
25th anniversary, Committee attending, 21:7; 22:5
M. (White), as amended, 21:7-10, agreed to, 5
Amdt. (Redway), 21:7-10, agreed to, 5
Amdt. (Frith), 21:10, withdrawn, 5
See also Witnesses

Medical Services Program, funding, 25:6, 19

Medical students *see* Doctors

Medicare

Doctors, extra billing, Canada Health Act application, 16:13-4
British Columbia, 16:15-7, 30-2
New Brunswick, 16:36-7
Ontario, 16:13-4
Penalties, 16:14-6
Provinces, position, 16:16
Transfer payments to provinces, cut-backs, 25:9-13
Universality, 2:11, 19
See also Doctors—British Columbia

Men *see* Poverty—Men/Women

Milko, Mr. Robert (Library of Parliament)

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 27:26; 30:24-5
National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 27:26; 30:24-5

Minimum tax proposal *see* Income tax—Inequities

Mirabelli, Mr. Alan (Vanier Institute for the Family)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:86

Mitchell, Ms Margaret (NDP—Vancouver East)

- Canada Assistance Plan
 - Federal-provincial payments, 18:14
 - Provinces interpretation, 2:20
 - Review, 18:12
- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 5:13-6, 22-4; 6:3-12, 14-7, 23-6; 7:11-4, 31-4, 38; 8:11-3, 18-9, 24-7, 31-2; 9:10-2, 23-4, 30-2, 37, 41-3, 53-5, 60-2, 66, 73-5, 84-5, 96-7, 100, 106-7, 118-9, 122-5
- Child Benefit System
 - Application, 9:84
 - Benefits, 8:11-2; 9:106
 - Changes, 6:4
 - Consolidating, 5:16-7
 - Funding, 5:16, 22; 6:7; 7:12, 33; 9:10, 42, 74
 - Income, ceiling, 7:14
 - New Democratic Party proposals, 6:6-9
 - Parent staying at home, 9:78
 - Universality, 5:23
- Child tax credit
 - Enriching, 6:6-7; 7:13
 - Payments, 5:23; 9:81
- Child tax exemption, eliminating, 6:6, 15; 9:11, 31-2, 61-2, 118, 123
- Children
 - Conditions, 6:4-6; 8:31-2; 9:97
 - Development programs, 2:38
 - Ministry, establishing, 9:96-7
 - Raising, costs, 5:15; 6:5; 7:31; 8:11, 24-5; 9:74, 119
- Community health care services, 2:23
- Daycare
 - Commercial, 18:21-2
 - Funding, 18:21
 - Program review, 2:20
 - Task force, establishing, 18:21-2
 - Tax exemption, 9:107
- Demographic conditions, effects, 9:84-5
- Families
 - Poverty, 6:5; 8:32
 - Single parents, 6:5
 - Welfare, 9:23-4
 - Women, choice to remain at home, 8:31
- Family allowance
 - Maintaining, 6:6; 7:31
 - Payments, 6:24; 7:13; 9:106
 - Quebec, 7:38
 - Recipient, 9:11, 100
 - Universality, 6:23; 7:13; 9:74
- Family benefits
 - Increases, 6:25
 - Review, 6:16-7
 - Universality, 2:19
- Foodbanks, Canada Assistance Plan funding, 2:20, 23
- Health care, Northern Ontario, 2:24
- Income, disparity, 7:11-2
- Income, guaranteed, 2:20; 6:26
- Income tax
 - Inequities, 6:7-9, 11, 14-6; 7:12-3; 8:13, 26; 9:42
 - Reform, 6:10-2; 7:12; 8:13, 26; 9:54, 81
- Job creation, government expenditures/corporate tax incentives, 6:14
- Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:40, 51-2, 62, 67-70
- Medical Research Council of Canada
 - Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 27:13-4, 20
 - Funding, 2:23
- Medicare, universality, 2:19

Mitchell, Ms Margaret—Cont.

- National Health and Welfare Department
 - Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 27:13-4, 20
 - Estimates, 1984-1985, supplementary (B), 2:19-20, 23-4, 32-4, 38
 - Estimates, 1985-1986, main, 18:10-2, 14, 21-2, 25-7
- Pensions
 - Indexing, 18:11
 - Reform, 7:33-4
 - Women, 2:32-3
- Planned Parenthood Federation of Canada, background, 5:13-4
- Poverty, unemployment, effects, 6:4
- Procedure
 - Advertising for submissions, 3:9, 12
 - Agenda, 1:32
 - Agenda and procedure subcommittee
 - M. (Frith), 1:12, 14
 - M., 3:8-9, 12-5, 19
 - M. (Domm), 5:5
 - Business meeting, 3:8-9, 12-5, 19
 - Estimates, 2:33
 - Meetings, 3:13
 - Members, 3:15, 19
 - Organization meeting, 1:9, 12, 14, 16-7, 19-20, 23-4, 26-30, 32
 - Questioning of witnesses, 1:24, 26, 30, 51-2, 62
 - M. (Domm), *amdt.*, 1:27-30
 - Quorum, 1:40
 - M. (McCrossan), 1:16-7
 - Amdt.* (Frith), 1:19-20
 - Witnesses, 9:124-5
- Social programs
 - Expenditures, 2:19
 - Reform, 9:84
- Social security
 - Family oriented, 5:13
 - Transfer payments, 5:24
- Spouses allowance program, extending, 9:77
- Spouses tax exemption, transferring to tax credit, 7:33
- Welfare, increases, 8:18
- Women
 - Family violence victims, 18:26-7
 - Health care, 2:23
 - Treatment, 7:33

Mitges, Mr. Gus (PC—Grey—Simcoe)

- Medical Research Council of Canada
 - Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 30:20
 - 25th anniversary, 21:7
- National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, 21:7
- AIDS, 30:20
- National Health and Welfare Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 2:18-9
- Procedure
 - Members, 1:9
 - Organization meeting, 1:9
 - Travel, 21:7

Mononucleosis *see* AIDS**Montreuil, Mr. Robert C. (Canada Mortgage and Housing Corporation)**

- Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:5, 55, 63, 70

Moore, Mr. David (Planned Parenthood Federation of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:3, 6-12, 14-31**Mortgage Insurance Fund**

- Losses, 1:47, 58-9

Mortgage Insurance Fund—Cont.

Premium structure, 1:56-9

Morticians *see* AIDS**Morton, Ms Mildred** (Library of Parliament)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:122-3; 10:9

Municipalities *see* Social security—Federal-provincial co-operation**National Action Committee on the Status of Women**

Objectives, 15:4

See also Witnesses

National Advisory Committee on AIDS

Establishment, 22:7

Mandate, membership, funding, etc., 28:10-2, 21-2, 26-8

Research studies, co-ordination, 32:12-3, 18, 23-4

Science Council of Canada, co-operation, 29:6-7, 9, 11

Social issue study, establishing, funding, 29:9-11

See also Witnesses

National Advisory Council on Aging

Role, 14:4

See also Witnesses

National Anti-Poverty Organization

Membership, objectives, 9:17

See also Witnesses

National biotechnology strategy, funding, 25:6**National Council of Welfare** *see* Witnesses**National Council of Women of Canada**

Membership, objectives, 9:76

See also Witnesses

National Health and Welfare Department

AIDS Advisory Committee, role, 23:32-3

Annual report, 1983-1984, 21:7-13

AIDS, 22:5-33; 23:5-34; 24:5-33; 26:4-29; 27:5-27; 28:4-29; 29:5-17; 30:5-26; 31:4-27; 32:4-24; 33:4-24

See also Orders of Reference

Estimates

1984-1985, supplementary (B), 2:4-39

1985-1986, main, 16:6-37; 18:4-31

See also Fitness and Amateur Sport Ministry of State

1985-1986, supplementary (B), 25:5-31

Mandate, 25:18-9

See also Orders of Reference

Expenditures, 25:26-8

Operational, 16:9

1985-1986, 16:8

Health and Social Services, expenditures, 2:7

Health Protection Program, expenditures, 2:7

Income Security Program, expenditures, 2:7

Laboratory Centre for Disease Control, AIDS research, co-ordinating, funding, etc., 23:15-8, 31, 33-4; 32:7-8, 14, 18, 23-4

Medical Services Programs, contributions to Indian bands, 2:7, 16-7

See also Appendices; Witnesses

National Native Alcohol and Drug Abuse Program, funding, 16:9, 28**National Physical Activity Week** *see* Fitness**National Soccer Team** *see* Sports**National Working Group on the Economy and Poverty**, United

Church of Canada *see* Witnesses

Native people

Dental care, clinical research, 16:24-5

Native people—Cont.

Water supply and treatment, Nelson House, Man., federal/provincial jurisdiction, 25:7-9

See also Indian bands

NDP *see* New Democratic Party**Nelson House, Man.** *see* Native people**New Brunswick** *see* Medicare—Doctors**New Democratic Party** *see* Child Benefit System; Pension Reform Special Committee; Witnesses**Nicholson, Mr. J.D.** (National Health and Welfare Department)

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:4, 8

Nolté, Ms Judith (Planned Parenthood Federation of Canada)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:3, 12, 17, 19-21, 23, 27, 29-30

Northern Canada *see* Women—Family violence victims**Nunziata, Mr. John** (L—York South—Weston)

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:39, 42-3

Procedure

Agenda and procedure subcommittee, M. (Ladouceur), amdt. (Finestone), 1:42

Quorum, 1:39

Nutrition *see* AIDS—Infectious process, Socio-economic conditions**Obstacles** report *see* Disability pensions**Old Age Security**

Age discrimination, 15:27-8

Eligibility age, lowering, 13:26-7; 15:20

Expenditures, reduction, 2:6, 14

Increasing, 13:14-5

Indexing, 18:5, 17-8

Maintaining, 4:6

Married/single, increases, 15:27

Reducing, 13:9-10

Review, 2:35-6

Surtax, 9:50; 12:21

Universality, 2:21; 4:6; 9:101-2; 14:17

See also Spouses allowance program

Old Age Security Act (amdt.) (Bill C-26) Minister of National Health and Welfare

Consideration, 12:5-23; 13:9-32; 14:4-29; 15:4-36; 20:10-28; carried, 20:9; report to House without amds., 20:28, agreed to, 9

Clause 1, 20:18, stood, 7; 20:24-5, carried, 8

Clause 2, 20:18, stood, 7; 20:26-7, carried, 9

Clause 3, 20:18, stood, 7; 20:27, carried, 9

Clause 4, 20:18, stood, 7; 20:27, carried, 9

Clause 5, 20:24, carried, 8

Amdt. (Malépart), 20:18-20, out of order, 7-8

Amdt. (Malépart), 20:20-4, negatived on division, 8

Clauses 6 to 11, 20:27, carried, 9

Title, 20:27-8, carried, 9

References

Background, 15:9-10

Coming into force, 20:27

Definitions, 'spouse', 20:24-5

Government/Opposition, position, 12:21-2; 15:10-1

Implementation, person years required, cost, 12:14

Limitations, inequities, 13:18, 21-2, 31

Origins, Pension Reform Special Committee (1st Sess., 32nd Parl.) report recommendations, 12:13-4

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26) ...—Cont.References—*Cont.*

Passage, delays, 15:20-1

Passage, timeframe, projected, implementation, 12:7, 9

Scope, 15:4-5

See also Orders of Reference; Reports to House**Olympics**, 1988 winter games, Calgary

Boycotts, 17:10-1

Commemorative coin, 17:14

Economic impact, 17:16

Employment created, 17:6

Facilities, funding, 17:19-20

Federal funding, 16:9; 17:6, 14; 25:7

Funding, terms and conditions, 17:13

Olympic Endowment Fund, 17:6

Provincial funding, 17:7-9

Ontario *see* Health care—Northern Ontario; Medicare—Doctors; Poverty—Conditions**Ontario Social Development Council** *see* Witnesses**Orders of Reference***Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 3:3

Committee, membership, 29:3

Consumer and Corporate Affairs Department estimates

1984-1985, supplementary (B), 1:3

1985-1986, main, 16:3

External Affairs Department estimates, 1985-1986, main, 16:3

Labour Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 1:3

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, 22:3

National Health and Welfare Department

Annual Report, 1983-1984, 21:3

Estimates

1984-1985, supplementary (B), 1:3

1985-1986, main, 16:3

1985-1986, supplementary (B), 25:3

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:3

Sports Pool and Loto Canada Winding-Up Act (Bill C-2), 13:3

Organization meeting *see* Procedure**Organizations appearing** *see* Witnesses**Orleans, Ont.** *see* Canada Mortgage and Housing Corporation—Land development**Orlikow, Mr. David** (NDP—Winnipeg North)

Automobile Protection Association, funding, 19:28

Canadian Patent Office, dismantling, 19:9-10, 27

Combines Investigation Act, amending, 19:20-2

Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986, main, 19:8-10, 20-2, 26-8

Consumers' Association of Canada, funding, 19:27-8

Drugs and pharmaceuticals, patent protection, 19:8-9

Medical Research Council of Canada, M. (White), amdt. (Redway), 21:9

National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, 21:9, 12

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, main, 16:20-3, 34-5

Procedure, travel, M. (White), amdt. (Redway), 21:9

Ottawa, Ont. *see* AIDS—Support centres**Ouellet, Ms Chantal** (Le Réseau d'action et d'information pour les femmes)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 7:3, 24-32, 34, 36, 38**Packaging and labelling** *see* Herbal products**Palliative care**, 27:6-7, 9-11, 13*See also* AIDS**Palliative Care Foundation** *see* Witnesses**Paquette, Mr. Michel** (Confédération des syndicats nationaux)

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3, 10-5

ParentsSingle *see* Child Benefit System—Redistribution, Benefiting; Child tax credit—Family income; Child tax exemption; Families; Housing—Co-operative; Spouses tax exemption—Transferring; Women*See also* Child Benefit System; Child tax credit—Payments; Child tax exemption—Single/two parent families; Families; Family allowance—Payments, Claiming—Recipient**Parry, Mr. John** (NDP—Kenora—Rainy River)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 4:15-7, 25-6, 28 Procedure, room, 4:15**Participation** *see* Fitness—National Physical Activity Week**Patent Act**, amending, 19:5**Patent Co-operation Treaty** *see* Canadian Patent Office**Patents** *see* Biotechnology; Drugs and pharmaceuticals**Patterson, Mr. Jeffrey** (Social Planning Council of Metropolitan Toronto)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 9:5, 114-6, 118-9, 123-4**PCBs**, health hazards, research, 16:26-7**Pearson, Mrs. Landon** (Canadian Council on Children and Youth)*Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 9:5, 91-100**Pension Benefits Standards Act**

Amending, 18:16

Jurisdiction, 18:16-7

Pension reform, 4:12-3, 28; 13:18; 18:8, 16

Federal-provincial meetings, consultation, consensus, 2:35-7; 4:25-8

Income security, needs, 2:14-5

Progressive implementation, 15:15-6

Public/private plans, 18:9-10

See also Child Benefit System—Funding**Pension Reform Special Committee** (1st Sess., 32nd Parl.) report

recommendations, 2:14-5, 36; 18:9, 15

New Democratic Party position, 12:13-4, 16

See also Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26)—References, Origins**Pensioners**

Age criteria, determining, lowering, 14:9, 21

Age 60 and over, guaranteed income, 13:19-20

Age 60-65, 14:4-5, 14

Conditions, 13:14

Government consultation, 13:13-4

See also Spouses allowance program—Restrictions**Pensions**

Demographic conditions, effects, 14:22

Homemakers, 15:28

See also Canada Pension Plan

Inadequacies, 13:16-7

Indexing, 18:6, 11-3

See also Pensions—United Kingdom

Pensions—Cont.

- Inequities, 13:10-3
- Mandatory, 15:31; 18:16
- Preparation, private/public responsibility, 15:12-3
- Private, recipients not entitled to unemployment insurance benefits upon early retirement, 15:32
- Reforming to finance family benefits, 7:33-6
- Restricting to persons with income under \$25,000/\$30,000, 7:26-7, 35-6
- Sources, employment contributions, increasing, 13:30
- Sources, personal savings, 13:17, 21
- Splitting, automatic, 15:28
- Surtax, 7:25
- Survivors benefits, 15:28-9
 - Remarriage, 15:31
- United Kingdom recipients residing in Canada, indexation, 2:30-2
- Universality, 7:24
- Women
 - Age 60-65, single, eligibility, 2:32-3
 - Drop-out provision for child care, 15:14
 - Having cared for elderly, disabled family members, eligibility, 14:20-1
 - Protection, 15:6, 12, 14-5; 18:9
- See also Canada Pension Plan; Disability pensions; Family benefits—Elderly; Income tax—Deductions and exemptions, Age—Reform; Industry—Automation; Registered Retirement Savings Plans—Tax expenditures; Retirement age

Pépin, Mrs. Lucie (L—Outremont)

- Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 24:15-8, 21, 26-8
- National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 24:15-8, 21, 26-8

Planned Parenthood Federation of Canada

- Background, mandate, 5:13-4
- See also Witnesses

Popham, Ms Rosemarie (Ontario Social Development Council)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 8:3, 11-2, 17-9

Poverty

- Age groups, statistics, breakdown, 13:23
- Conditions, 7:19
 - Numbers, 7:7
 - Ontario, 7:18-9
- Deficit, relationship, 9:12
- Increases, 9:7, 17-8
- Men/women, age 60-65, 15:6
- Poor persons *see* Income tax—Tax rebate
- Unemployment, effects, 6:4
- Youth, 9:18
- See also Child Benefit System—Changes, Effects; Children—Conditions; Elderly; Families; Income tax—Family; Women

Procedure

- Advertising for submissions, 3:8-12
 - Both official languages, 3:8
- Agenda, 1:32
- Agenda and procedure subcommittee
 - Authority to invite Minister before Committee, M. (Reid), 21:13, agreed to, 6
 - Meetings, scheduling, 4:28
 - Membership, 1:10-1; 10:25
 - M. (Frith), 1:11-5, agreed to, 4
 - Reports
 - First, 1:33, 38
 - M. (Ladouceur), 1:38, 43, agreed to, 5-6

Procedure—Cont.**Agenda and procedure subcommittee—Cont.****Reports—Cont.****First—Cont.****M. (Ladouceur)—Cont.**

- Amdt. (Finestone), 1:41-3, negated on division, 6
- Second, 3:6-8
 - French version, 3:7-8
- M. (Mitchell), 3:8-19, agreed to, 5
- Third, 5:5
 - M. (Domm), 5:5-6, agreed to, 3-4
- Fourth, 7:6, 21-2
 - M. (Friesen), 7:22-3, as amended, agreed to, 4
 - Amdts. (Finestone), 7:22, agreed to, 4
- Fifth, M. (Marin), 9:16, agreed to, 4
- Sixth, M. (Marin), 9:16, agreed to, 4
- Seventh, M. (Mitchell), 11:3, agreed to
- Eighth, M. (McCrossan), 13:8, agreed to, 5-6
- Ninth, M. (Redway), 21:7, agreed to, 5
- Tenth, M. (Marin), as amended, 23:5-6, agreed to, 3-4
 - Amdt. (Young), 23:5-6, agreed to, 4
- Eleventh, 24:14, 24-5
 - M. (Young), as amended, 24:25-6, agreed to, 3-4
 - Amdt. (Marin), 24:26, agreed to, 4
- Twelfth, M. (Joncas), as amended, 30:11-3, agreed to, 3-4
 - Amdt. (Bertrand), 30:11, agreed to, 3-4

Role, 1:10**Bills****Amendments**

- Admissibility, Royal Recommendation, infringing, 20:19-20,
 - out of order, ruling by Chairman, 7-8
- Introducing at report stage, 20:10, 24-5
- French version, 20:22-3, 26
- Clauses, standing, 20:16-8
- Motions, Royal Recommendation, limited, M. (Malépart), 20:10-6, out of order, ruling by Chairman, 4-7

Briefs

- Distribution, 1:45
- Submitting, 3:11, 13-4, 17
 - Both official languages, 28:5
 - Deadline, 3:12-3
- Taken as read, allowing more time for questioning, 14:17-8
- Translating, 7:38

Budget, M. (Browes), 27:20-1, agreed to, 3**Business meeting, 3:6-19****Correspondence, distribution, 21:10****Documents**

- Appending to minutes and evidence, 10:9
 - M. (Rompkey), 2:29, agreed to, 3
 - M. (Duguay), 2:39, agreed to, 3
- Availability, 7:20
- Distribution, both official languages, 7:23-4
- Requesting, 23:29
- Tabling, 22:6-7

Election of Chairman

- M. (Bertrand), 1:8, agreed to, 4
- M. (Young), 29:5, agreed to, 4

Election of Vice-Chairman

- In absentia*, M. (Bertrand), 1:9-10, agreed to, 4
- M. (Browes), 29:5, agreed to, 4

Estimates

- Consideration, 1:43-4
 - Scheduling, M. (Frith), 16:7, agreed to, 4
- Reporting to House without vote, 25:31
- Vote, calling, 2:33-4
- Vote, delaying, 1:36

In camera meetings, 4:3; 11:3, 5

Procedure—Cont.*In camera* meetings—Cont.

Scheduling, 30:12-3

Meetings

Adjourning, 2:37

Delays, 1:36

Notice, 4:28

Agenda and procedure subcommittee calling, all party agreement, 1:36

Scheduling, 3:13; 9:124; 12:23; 24:25

M. (White), 16:7, agreed to, 4

Members

Appearing as witnesses, 3:14-9

Attendance, 33:14

Introductions, 1:9

Status, permanent/alternate/non-member, 1:33-4

Substitution, 24 hour notice, 1:34-5

Ministers, appearance before Committee, 16:6-7

Inviting, M. (Redway), 21:13, agreed to, 6

Orders of Reference, determining, 24:25

Organization meeting, 1:8-33; 29:5

Printing minutes and evidence, M. (Finestone), 1:15, agreed to, 4

Questioning of witnesses

Order, 1:48, 63-4

Time limit

Includes questions and replies, 1:51-3, 62

Members late arrival, effects, 1:30

Time limit, rotation by party, 1:23-6; 9:37-8; 16:29

Discretion of Chairman, M. (Domm), 1:26-7, 30, agreed to on division, 5

Amdt. (Mitchell), 1:27-30, negated on division, 5

Quorum

Absence, unable to adopt report, 12:23

Composition, 1:15, 39

Opposition Members not required by Standing Orders regulation, 1:35-7

M. (Domm), 1:31-2, not in order, 5

Meeting and receiving/printing evidence without, 1:15-6

Providing four members present

Including one Opposition member, 1:39-40

M. (McCossan), 1:16-9, 23, agreed to on division, 4

Amdt. (Frith), 1:19-23, negated on division, 4

Opposition absent, 27:5

Reports to House

Deadline, extending, 3:9

Draft report

Adopting, M. (Duguay), 11:5, agreed to

Recommitting to subcommittee for further consideration, M. (McCossan), 11:30, agreed to

Drafting, closed sessions, restricting to Committee members, 12:5

Drafting, subcommittee, establishing, 9:4

Press release, distributing on date of tabling, 11:3

Printing, tumble format, special cover, including list of participating members, 11:3

Tabling, 11:4

Room, smoking/non-smoking, 4:15

Staff, 1:9

Researchers, Library of Parliament, 1:8

Steering committee *see* Procedure—Agenda and procedure subcommittee

Subcommittee, establishing, 3:11

Travel, 21:7; 23:5

M. (White), as amended, 21:7-10, agreed to, 5

Amdt. (Redway), 21:7-10, agreed to, 5

Amdt. (Frith), 21:10, withdrawn, 5

Vice-Chairman, introduction, 1:33

Votes in House, meeting adjourning, 14:14-8

Procedure—Cont.

Votes, recording, 1:15

Witnesses

Appearance before Committee

Invitation to appear, 24:24-5

M. (White), 27:21-2, agreed to, 3

Provincial Ministers, 10:25

Requesting, 24:20

Requests, application, late submissions received, 10:21

Contacting, 9:124-5

Expenses, Committee paying, limit of three representatives per organization, 1:31

M. (Duguay), 1:31, agreed to, 5

Role, influence, 12:22-3

Scheduling, 3:12-4; 23:5-6

Selection, 3:12, 15

See also Committee; Reports to House**Prostitutes *see* AIDS**

Provinces *see* Canada Pension Plan—Fund; Child Benefit System—Benefits, Increasing—Changes; Medicare—Doctors; Social security—Federal-provincial co-operation—Funding; Transfer payments; Welfare—Federal funding

Public Housing Program, expenditures, 1:46**Public Service**, health services, extending, 16:9-10**Quebec *see* Family allowance****Quebec Pension Plan *see* Canada Pension Plan—Eligibility age—Surviving spouse****RAIF *see* Réseau d'action et d'information pour les femmes, Le****Read, Dr. Stan** (Hospital for Sick Children, Toronto)Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 26:3-16National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 26:3-16**Real Women of Canada**

Funding, 8:19, 28

Objectives, 8:22-3, 27

See also Witnesses**Redway, Mr. Alan** (PC—York East)

Medical Research Council of Canada

Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 24:25-6; 26:27-8; 27:20-2;

28:17-21, 25-6; 29:13-4; 31:12-5; 32:23-4; 33:12-4, 21, 23-4

25th anniversary, 21:7

M. (White), 21:7

Amdt., 21:7-8

National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, 21:7, 11-3

AIDS, 24:25-6; 26:27-8; 27:20-2; 28:17-21, 25-6; 29:13-4;

31:12-5; 32:23-4; 33:12-4, 21, 23-4

National Health and Welfare Department estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:12, 18-21, 30-1

Procedure

Agenda and procedure subcommittee, M. (Young), 24:25

Election of Vice-Chairman, M. (Browes), 29:5

Estimates, 25:31

Ministers, M., 21:13

Organization meeting, 29:5

Travel, 21:7

M. (White), 21:7

Amdt., 21:7-8

Witnesses, 24:25

M. (White), 27:21-2

Registered Home Ownership Savings Plan, financial return, 1:53

Registered Retirement Savings Plans

- Contributions, restricting, 9:29
- Effects, 13:31
- Income tax deduction, transforming to tax credit, 9:30, 32-3; 13:24-5
- Tax expenditure, 13:28; 15:19-20
- Transferring funds to pensions, 13:26-7
- Tax inequities, 9:29-31; 13:28

Reid, Mr. Joe (PC—St. Catharines)

- Medical Research Council of Canada 25th anniversary, M. (White), amdt. (Redway), 21:8-9
- National Health and Welfare Department
 - Annual Report, 1983-1984, 21:8-9, 13
 - Estimates, 1984-1985, supplementary (B), 2:14-6
 - Estimates, 1985-1986, main, 18:15-6
- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 20:11, 17, 22-3
- Procedure
 - Agenda and procedure subcommittee
 - M. (Mitchell), 3:10-1, 14, 18-9
 - M., 21:13
 - Bills, 20:22-3, 26
 - M. (Malépart), 20:11
 - Briefs, 3:11
 - Business meeting, 3:10-1, 14, 18-9
 - Members, 1:9; 3:18
 - Organization meeting, 1:9, 16-8, 25, 28-9, 32
 - Questioning of witnesses, 1:25
 - M. (Domm), amdt. (Mitchell), 1:28-9
 - Quorum, M. (McCrossan), 1:17-8
 - Subcommittee, 3:11
 - Travel, M. (White), amdt. (Redway), 21:8-9
- Spouses allowance program, age 60-64, extending, M. (Malépart), 20:11

Reports to House

- First, *Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 11:3-42
- Second, Sports Pool and Loto Canada Winding-Up Act (Bill C-2), 13:4
- Third, Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 20:3
- Fourth, Committee, travel, 21:4

Research and development *see* Meat; Medical research; National Advisory Committee on AIDS; PCBs; Schiller Institute; Tobacco; Women

Réseau d'action et d'information pour les femmes, Le *see* Witnesses

Residential Rehabilitation Assistance Program

- Budget cuts, 1:50, 69
- Eligibility, 1:55, 70
- Expenditures, 1:46-7
- Funding, 1:54
- Home sharing incentives, 1:69
- Regional designation, 1:50, 54

Restrictive Trade Practices Commission, expenditures, 19:8

Retirement

- Age *see* Pensioners
- Early
 - Effects on pensions, 13:10, 21-2; 14:13
- See also* Pensions—Private

RHOSP *see* Registered Home Ownership Savings Plan

Rompkey, Hon. William (L—Grand Falls—White Bay—Labrador)

- Consumer and Corporate Affairs Department estimates, 1985-1986, main, 19:10-2, 22-3

Rompkey, Hon. William—Cont.

- Consumer protection, 19:10-1
- Budget, May 23/85 effects, 19:11-2
- National Health and Welfare Department estimates, 1984-1985, supplementary (B), 2:25-7
- Procedure
 - Advertising for submissions, 3:10
 - Agenda and procedure subcommittee, M. (Mitchell), 3:10, 13-7, 19
 - Briefs, 3:13-4
 - Business meeting, 3:10, 13-7, 19
 - Members, 3:14-7, 19
- Tax Rebate Discounting Act, application, 19:22-3

Ropers, Mr. Yvon (Fédération de l'âge d'or du Québec)

- Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 14:3, 25

Ross, Mr. David (Canadian Council on Social Development)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 10:3, 14-5, 18-9, 22

Royal Recommendation *see* Procedure—Bills, Amendments—Admissibility

Royal Victoria Hospital, Montreal *see* Witnesses

RRAP *see* Residential Rehabilitation Assistance Program

RRSP *see* Registered Retirement Savings Plans

Rwanda *see* AIDS—Central Africa

Savings, personal *see* Pensions—Sources

Schiller Institute

- Mandate, 31:19
- Research study, 31:23-4, 27
- See also* Witnesses

Science Council of Canada *see* AIDS—Information; National Advisory Committee on AIDS; Witnesses

Senior citizens, ministry, establishing, 14:22-3

See also Housing; Poverty

Sexual abuse *see* AIDS—Children

Sexual orientation *see* Insurance—Application

Sexually transmitted diseases

- Contact tracing, 32:5, 17
- Children, protection, 32:6
- England, comparison, 32:6
- Reporting, confidentiality, 32:11, 14-5, 22
- Transmitting, criminal offence, 32:9
- See also* AIDS

Simard, Mrs. Monique (Coalition pour l'universalité)

- Child and Elderly Benefits—Consultation Paper*, 9:5, 101-11

Sleepwear, flammability *see* Children

Smith, Dr. Stuart (Science Council of Canada)

- Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 29:4, 6-17
- National Health and Welfare Department Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 29:4, 6-17

Smoking

- Health hazards, expenditures, countermeasures, 16:32-4
- See also* Procedure—Room; Tobacco

Social assistance *see* Child Benefit System—Benefits,

Combining—Redistribution, Funds; Family benefits—Increases

Social benefits *see* Labour force

Social Planning Council of Metropolitan Toronto *see* Witnesses

Social Policy Reform Group

Membership, 9:38

See also Witnesses

Social programs

Administering, financing, government/private associations, 6:27-8

Expenditures, 10:22

Cut-backs, 2:19-21; 9:102, 110-1; 25:14

Deficit affecting, 9:102, 108-9; 10:23-4; 18:7

Economic effects, 6:28-9

Limitations, 9:51-2

Other countries, comparison, 9:52, 58

Income means test, application, 6:26-7

Objectives, 9:53-4

Reform, 9:88-9

Tax review, correlation, 9:84-5

Universality, 4:15-6; 6:18, 20, 24, 26; 9:101, 103-4, 108-10, 112-3, 117; 12:19

Administration, 10:10

Eliminating, redirecting funds, 9:105

Taxation, 7:25

See also Child Benefit System; Child tax credit; Family allowance; Family benefits; Guaranteed Income Supplement; Medicare; Old Age Security; Pensions

See also Income tax—Reform

Social security

Abuse, 9:59-61

Elderly, needs, 18:27-9

Equalization payments, cut-backs, 18:7-8

Expenditures, cut-backs, 7:7

Family oriented, background, 5:6-7, 13

Federal-provincial co-operation, provinces benefiting from federal increases, 9:19, 22-3, 26, 40-1, 56, 104, 117; 10:12, 17-8, 21

Municipalities, role, 10:22-3

Funding, federal government ensuring provinces improve rate/end cost-sharing, 7:20-1

Funds, use, 7:8

Redistribution, family support programs, 7:17

Income means testing, 10:22

See also Child Benefit System; Family allowance—Payments; Social programs

Indexing, 18:8

See also Child Benefit System; Family allowance—Payments; Family benefits; Guaranteed Income Supplement; Old Age Security; Pensions; Spouses allowance program

Intergenerational pact, 4:21-2; 8:21-2; 9:62

Maintaining, 8:4

Other countries, comparison, 9:103

Payments, tax back, 6:9-10

Reform, 4:14-5; 9:67-9; 16:11

Review, 10:7

Social insurance principles, 6:23

Society, role, 7:26

Transfer payments to provinces, distribution, 5:24

Transfer payments to provinces under Canada Assistance Plan, 16:9

See also United States

Social services *see* Economic conditions

Society *see* Social security

Socio-economic conditions *see* AIDS—Infectious process

Sparrow, Mrs. Barbara (PC—Calgary South)

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:12-4

Sports

Alcohol, tobacco sponsorship, policy, 17:13-8, 20-1

Amateur

Coaching programs, funding, 17:18-9

Education programs, 17:10, 18-9

Funding, corporate/government, 17:5, 17-8

Funding, lotteries, 17:17-8

Funds, charitable contribution, tax incentives, 17:16, 21-2

Funds, distribution, criteria, etc., 17:9-10, 12-3

Professional, comparison, 17:12

Support, private sector, promoting, 17:7, 9

International multi-sports events, expenditures, 17:23

National Soccer Team, establishing, sponsors, etc., 17:7-8, 15-6

Sports Pool and Loto Canada Winding-Up Act (Bill C-2) Minister of National Health and Welfare

Consideration, 13:8, carried, 6; report to House without amds., 13:8, agreed to, 6

Clause 1, 13:8, stood, 13:8, carried, 6

Clauses 2 to 7, 13:8, carried, 6

Title, 13:8, carried, 6

See also Orders of Reference; Reports to House

Spouse *see* Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26)—References, Definitions

Spouses allowance program, age 60-64

Disqualified persons, single, divorced, discrimination, 12:9-12, 18-9; 13:14, 18-21, 24, 29-30; 14:6-9, 11-2, 18, 20; 15:8-10

Charter of Rights and Freedoms compliance, 13:28-30; 15:11

Eligibility

Age criteria, gradual program implementation, 13:30-2; 14:7

Age criteria, lowering, 14:7-8

Extending, 4:6; 13:10-1, 19, 22-3; 14:11; 15:30

Income means testing, 14:11

Marital status, 14:11

Extending to widowed persons, 9:77; 12:6-7; 14:11, 17; 15:16-7; 16:11

Additional numbers, cost, 12:13; 13:25; 15:13

Public reaction, 15:8

Surviving spouse, 20:20-4

Widows, remarrying, effects, 15:7-8

Extending to widowed, single, divorced, 14:11; 15:5, 17-8; 20:18-9

Additional numbers, costs, etc., 12:10-2; 13:25-6; 14:6; 15:9, 13, 18

Effects, employment, etc., 15:18-9, 22-5

M. (Malépart), 20:10-6, out of order, ruling by Chairman, 4-7

Married persons, including, 15:18, 20

Funding, 13:15; 15:13-4, 19, 21-2, 31, 33

Additional, requesting, 12:19

Tax expenditures, 15:11-3, 19-20

Needs, 12:15

Old Age Security/Guaranteed Income Supplement benefits, comparison, discrepancies, 15:17-8

Payments, expenditures, 2:6-7, 14, 30

Restrictions, application, spouse, 12:7

Spouse, definition, including common law, 12:8

Tax back rate, 12:20-1

Spouses tax exemption

Claimants, 9:70, 72

Elimination, 4:19-20; 8:8

Regressive, 5:13, 30; 9:40, 70, 72; 10:8

Transferring to first child of single-parent families, 7:33; 8:7-8, 15-6; 10:21

Transforming to universal, refundable tax credit, 7:8, 16-7, 32-3; 8:7-8; 10:8-10, 13

Applicable to either spouse, 7:27

Payable to women, 7:32

Spouses tax exemption—Cont.

Value, 9:80

Standards Council of Canada, expenditures, 19:8

Starkman, Mr. Bernard (National Advisory Committee on AIDS)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 32:3-24

National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 32:3-24

Steering committee *see* Procedure—Agenda and procedure
subcommittee**Steve Fonyo Fund** *see* Canadian Cancer Society**Students** *see* AIDS—Children; Doctors—Medical students**Task forces** *see* Children's services task force; Daycare; Family
benefits—Review; Hospitals**Tax rebate discounting** *see* Income tax**Tax Rebate Discounting Act**, application, effects, 19:22-3**Taxation** *see* Families; Income tax**Technology** *see* Biotechnology

Tivey, Mr. Robert (AIDS Centre, Vancouver)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 26:3, 16-29
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 26:3, 16-29

Tobacco

Advertising, restricting, 16:35
Farming, alternate cropping, research, 16:32-4
See also Sports—Alcohol, tobacco sponsorships

Transfer payments to provinces *see* Education; Health care; Medicare;
Social security; Welfare—Recipients**Transition houses** *see* Women—Family violence victims

Tremayne-Lloyd, Ms Tracy (Canadian Bar Association of Ontario)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 31:3-18
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 31:3-18

Tuberculosis *see* AIDS—Infectious process**UFFI** *see* Urea formaldehyde foam insulation**Unemployment** *see* Canada Pension Plan—Intergenerational transfer;
Poverty**Unemployment insurance**

Benefits, reductions, 2:25-6
Cut-backs, 9:102
Redesigning, 6:29
See also Pensions—Private

United Church of Canada *see* National Working Group on the
Economy and Poverty, United Church of Canada**United Kingdom** *see* Pensions**United States**

AIDS
Armed Forces, screening, 23:26; 28:8
Educational programs, 21:11
Medical research, 21:11; 24:29
Numbers, 22:18, 21; 26:4; 31:19, 24-5

United States—Cont.

Social security system, bipartisan commission study, results, 5:11
See also Insurance—Application

Universality *see* Social programs**Universities** *see* Medical Research Council of Canada**Urban Renewal Program**, assistance, 1:47**Urea formaldehyde foam insulation**

Assistance program, expenditures, 19:8
Assistance program, payments, 19:14-5
Health hazards, studies, 19:14-5

Vancouver *see* AIDS—Housing**Vanier Institute for the Family** *see* Witnesses**Volunteer agencies** *see* Families—Support

Wakling, Rev. Faye (National Working Group on the Economy and
Poverty, United Church of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 7:3, 9, 11, 15-6

Ward, Mr. Brian (Canadian Council on Children and Youth)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 97, 99-100

Water supply *see* Native people**Welfare**

Federal funding, increases, ensuring provinces comply, 8:18-9
Recipients, numbers decreasing, transfer payments to provinces,
assisting, 25:13, 30
Relinquishing, incentives, 6:22-3
See also Families; Family benefits—Increases

West, Dr. Chris (Canadian Life and Health Insurance Association)
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 30:3, 14, 16-26
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, *re* AIDS, 30:3, 14, 16-26;

White, Mr. Brian (PC—Dauphin—Swan River)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 4:18; 6:12-4,
26-7; 10:13-5, 21-2
Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re*
AIDS, 26:12; 27:21, 25-6; 28:15-7; 33:22
Medical Research Council of Canada 25th anniversary, M., 21:7
Amdt. (Redway), 21:9
National Health and Welfare Department Annual Report,
1983-1984, 21:7, 9
AIDS, 26:12; 27:21, 25-6; 28:15-7; 33:22
National Health and Welfare Department estimates
1984-1985, supplementary (B), 2:16-8
1985-1986, main, 16:28
Old Age Security Act (amdt.) (Bill C-26), 13:31; 14:13-4, 23
Procedure
Members, 1:9
Organization meeting, 1:9, 19, 22-3
Quorum, M. (McCossan), 1:23
Amdt. (Frith), 1:19
Travel, M., 21:7
Amdt. (Redway), 21:9
Witnesses, M., 27:21

WHO *see* World Health Organization**Widowed persons** *see* Spouses allowance program—Extending

Williams, Ms Amy (National Council of Women of Canada)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 78-81

Williams, Mr. Trevor (Family Service Canada)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 69-75

Wilson, Ms Marilyn (Planned Parenthood Federation of Canada)

Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 5:3, 27

Winter games, 1988 *see* Olympics

Witnesses (organizations)

AIDS Centre, Vancouver, 26:3, 16-29

Association Québécoise des droits des retraités(es) et des préretraités(es), 13:5, 16-22, 29-32

Canada Mortgage and Housing Corporation, 1:5, 55, 58-9, 63, 70

Canadian Association of Social Workers, 6:3, 18-30

Canadian Bar Association of Ontario, 31:3-18

Canadian Council on Children and Youth, 9:5, 91-100

Canadian Council on Social Development, 10:3-19, 21-4; 13:5, 22-9, 32

Canadian Labour Congress, 9:3, 49-66

Canadian Life and Health Insurance Association, 30:3, 5-11, 13-26

Canadian Pensioners Concerned Inc., 5:3, 25-35

Canadian Red Cross Society, 27:3, 16-9, 22-7

Coalition pour l'universalité, 9:5, 101-11

Comité SIDA-Aide Montreal, 33:3, 12-4, 21-2

Confédération des syndicats nationaux, 14:3, 10-5

Council on Pension Reform for Singles, 13:5, 9-16, 32

Family Service Canada, 9:5, 67-75

Fédération de l'âge d'or du Québec, 14:3, 16-25, 27-8

Hospital for Sick Children, Toronto, 26:3-16

Medical Research Council of Canada, 16:4, 25-6; 22:4, 11-2, 26-7

National Action Committee on the Status of Women, 9:3, 6-16; 15:3-16

National Advisory Committee on AIDS, 28:3-29; 32:3-24

National Advisory Council on Aging, 14:3-10

National Anti-Poverty Organization, 9:3, 17-27; 15:3, 16-25

National Council of Welfare, 9:3, 27-37

National Council of Women of Canada, 9:5, 75-82

National Health and Welfare Department, 2:3, 18-9, 31; 12:4, 20-1; 16:4, 20-1, 25-7, 34, 37; 17:3, 18-9; 18:3, 10-1; 22:4, 12-32; 23:3, 6-33; 25:4, 8, 18-9, 25-9

National Working Group on the Economy and Poverty, United Church of Canada, 7:3, 6-20

New Democratic Party, 6:3-12, 14-7

Ontario Social Development Council, 8:3-19

Palliative Care Foundation, 27:3-16, 27

Planned Parenthood Federation of Canada, 5:3, 6-12, 14-31

Real Women of Canada, 8:3, 19-32

Réseau d'action et d'information pour les femmes, Le, 7:3, 23-38

Royal Victoria Hospital, Montreal, 28:3-29

Schiller Institute, 31:3, 18-27

Science Council of Canada, 29:4, 6-17

Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 9:5, 112-24

Social Policy Reform Group, 9:3, 38-40, 42-8

Vanier Institute for the Family, 9:5, 82-91

See also Appendices and *individual witnesses by surname*

Wolfe, Dr. David (Social Planning Council of Metropolitan Toronto)
Child and Elderly Benefits—Consultation Paper, 9:5, 112-3, 116-7, 120-2

Women

Age 60-65, financial conditions, 15:4-6

Family violence victims

Badgley report recommendations, 18:26

Northern Canada, studies, 18:27

Transition houses, shelters, funding, etc., 1:65-8; 18:26-7

Women—Cont.

Financial security, reinforcing, 9:9

Health care, research, 2:23, 25

Mothers *see* AIDS—Infectious process; Family allowance—Recipients

Poverty, 7:30; 8:30; 15:6

See also Elderly—Poverty; Poverty—Men/women

Single parents *see* Housing

Treatment, individual/spouse, 7:32-3

See also AIDS; Families; Pensions; Spouses tax exemption—Transforming

Workers' Compensation Board *see* Guaranteed Income Supplement—Eligibility

World Health Organization *see* AIDS

Young, Mr. Neil (NDP—Beaches)

AIDS

Blood, screening, 31:10

Children, 32:10, 12

High risk groups, 26:7

Information, 24:18; 29:10-1; 31:9-10

Medical research, 23:18-9; 24:28-30; 25:24-5; 26:11-2

Reporting, 26:24-5; 31:10-1, 15; 32:11-2, 20-1

Support centres, 26:23-4

Treatment, 22:24-5, 27

Victims, 24:18; 31:9-10, 15-6; 32:20-1

Drugs and pharmaceuticals, contraceptive drug Depo-Provera, 25:17-8

Education, post-secondary, 25:13

Health care, transfer payments to provinces, 25:13

Hospital services, funding, 25:17

John P. Roberts Research Institute, funding, 25:17

Medical Research Council of Canada Annual Report, 1984-1985, *re* AIDS, 24:18-20, 25, 28-30; 26:7, 11-2, 23-5; 29:10-1; 31:9-11, 15-6, 18; 32:10-3, 20-2

Medicare, transfer payments to provinces, 25:11-2

National Health and Welfare Department

Annual Report, 1983-1984, *re* AIDS, 24:18-20, 25, 28-30; 26:7, 11-2, 23-5; 29:10-1; 31:9-11, 15-6, 18; 32:10-3, 20-2

Estimates, 1984-1985, supplementary (B), 2:18, 29-35, 37-8

Estimates, 1985-1986, supplementary (B), 25:11-4, 17-8, 24-5, 28-9

Old Age Security Act (amdt.)(Bill C-26), 12:14-6, 22-3; 13:15, 21, 27-9; 14:5-6, 10, 14-5, 17, 21-2, 26-8; 15:11-2, 22-3, 33-4

Procedure

Agenda and procedure subcommittee

M. (Marin), (amdt.), 23:5-6

M., 24:25

Briefs, 14:17

Documents, 22:7; 23:29

Election of Chairman, M., 29:5

Estimates, 2:33-4

Organization meeting, 29:5

Witnesses, 12:22-3; 23:5; 24:20

Social programs, expenditures, 25:14

Young Offenders Program, expenditures, 16:9

Youth *see* Canada Pension Plan—Intergenerational transfer; International Youth Year; Poverty

Zaire *see* AIDS—Central Africa



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

JUN 10 1987

